

الفصل العشرون

الكلىة والحالب

تشخيص الاصابات الكلوية - لك أيها الجراح في حالة الاشتباه في تمزق كلوى من عنف ، مسائل كثيرة للنظر . ففي بعض الأحوال يسهل التشخيص ، ويقل الخطأ كأن يصاب الشخص بعنف في القسم الكلوى ، فيأخذه ألم شديد في القطن ، حيث تقوم العضلات بوظيفة الحارس ، ويظهر ورم ، وتتضح المضاضة في القطن والمراق ، وتبدو على المصاب علامات الصدمة ، ويخرج الدم مع بوله . لكن الأغلب ألا تكون الحالة قياسية بهذا الشكل ، إذ ينقصها بعض العلامات المهمة

فقد حدث أن رجلاً في التاسعة والخمسين من عمره رض جانبه الأيسر ، في اثناء سقوطه من سلم فشعر بألم شديد في الجزء المصاب ، لكن نهض ، واستأنف سيره . ولم يشك إلا من ألم في الجانب الأيسر وبعض الصعوبة اذا حاول تنفساً عميقاً . وبعد الاصابة بثمان ساعات عسر بوله ، وصار مؤلماً دمويًا . وبعد ثلاثة عشر يوماً استؤصلت الكلىة لاستمرار البول الدموى الشديد

وليس الانسكاب الدموى خلف البريتون في القسم الكلوى من علامات التمزق الكلوى كالذى ذكر اذا لم يتمزق غلاف الكلىة . وفي هذه الأحوال لا يكون شىء من الصدمة والأفشىء قليل منها . ولتعلم أن البول الدموى هو العلامة الرئيسة وبانقطاعه أو استمراره نسترشد في العلاج

وقد يحدث ، من الجهة الأخرى ، تمزق كلوى شديد مميت بغير أن يظهر الدم في بول المصاب . فقد حدث أن عاملاً ناله عنف شديد في جانبه الأيسر كسر ضلعيه التاسعة والعاشر . وظهرت عليه علامات صدمة شديدة . ومع ذلك فلم يكن في بوله شىء من الدم . وقيل أن المصاب به تمزق في الطحال . ففتح البطن ، ووجد الطحال سليماً ، وكذلك سائر الأعضاء البطنية ؛ والذي حدث من الاصابة هو تجمع دموى كبير . مات

المصاب ، واتضح من تشريح جثته أن الأوعية الكلووية قد تمزقت تماماً من الكلية .
ولتعلم أن من أسباب عدم ظهور الدم في البول عقب إصابة الكلية تمزق الحالب . فعلى
الجراح ، ألا يهتم اهتماماً عظيماً بعرض البول الدموي فيحسبه الكل في الكل في الإصابة
الكلوية . فنقصانه دليل على سلامة الكلية لا برهان قاطع

والنتيضة شأن . فلنحسب أن السقوط أو العنف أظهر عند المريض دمًا في بوله ،
فإلى أى حد يمكن أن نتخذ هذا البول الدموي دليلاً على تمزق الجوهر الكلووي السليم؟
فيينا ، كما في سائر الأحوال ، لا تنفع الأعراض والعلامات اذا نظر اليها مفردة ؛ وإنما
تنفع اذا نظر اليها جملة ، فاذا كانت الصدمة خفيفة ، وكذلك العلامات الموضعية ،
كالآلم والمضاضة في القطن فليكن الرأي أن الغلاف الكلووي لم يتمزق ، ولتباطأ في
اتخاذ الوسائل العملية في العلاج انتظار أن الدم ينقطع من نفسه ، ويحدث الشفاء
الذاتي . ولا نكون غالباً في انتظارنا هذا من الخاطئين (١) . والأحسن مع ذلك ، أن
تتساءل ، أكانت الكلية سليمة قبل الإصابة ؟ وما أحرارك بهذا السؤال اذا كان العنف
بسيطاً . لأن العضو الذي يهيجه عنف بسيط أو إصابة خفيفة أقرب ما يكون في حالة
مرضية واليك قصة :

جلس صبي على ظهر مقعد من المقاعد في إحدى حدائق لندن فانتهز الفرصة التي
سنحت ، رفيق طائش ، فدب (٢) من خلفه ، ودفعه بعنف وشدة . فسقط الصبي على
الأرض ؛ وما اكثر سقوط الصبية ، وظهر كأنه لم يصب بسوء . ولم يلبث الا قليلاً حتى
ظهر هذا الصبي في أحد المستشفيات بسبب ما حدث عنده من الألم في القطن الأيمن ،
والبول الدموي . فتفاهة الإصابة الأصلية ، وعدم ظهور علامات موضعية دفعا الجراح الى
الاشتباه في إصابة قديمة ؛ وساقاه الى الاستعانة بصورة الأشعة . وقد كان . واتضح من
الصورة أن الصبي مصاب بحصاة كلوية

واليك قصة طبية أخرى نشأ عنها ، في وقتها ، خلاف شديد بين الأطباء ، واشتدت

المناقشة فيها :

(١) الخاطيء من تعدد ما لا ينبغي على غير ما هي الحال في الخطيء . وهو من فاته الصواب

(٢) أى سار سيراً لنا

زار رجل أحد المرافئ^(١)، فعثر به حظه وسقط من الرصيف الى الماء مسافة خمس عشرة قدماً. وفي أثناء غوصه في الماء، جدَّ به جده: في هذه المرة، ونفذ من التصادم بحافة قارب صغير كان في اليم^(٢). وبعد نجاته من الغرق شكاً من ألم في قطنه، وأخذ الألم يشتد سريعاً، وظهر الدم في بوله. فاعتقد الجراح باصابته بتمزق في الكلية، وإن لم يمسه شيء في الماء سوى الماء. أتدرى ماذا كان من أمره؟ إنه كان في نوبة مغص كلوى زالت بنزول حصاة مع بوله، وكان السبب في نزولها ثقلها بسقوط الرجل وإليك مشاهدة أخرى للبول الدموي يظهر في المصاب بأصابة خفيفة:

عثرت إحدى الفتيات في مدرسة، وهي تلعب، بكوم من الحجارة موضوع في الطريق. ولم يظهر عندها البول الدموي فقط، بل بدا عليها سائر الأعراض الرئيسة الدالة على تمزق الكلية، وهي: الصدمة، والألم الشديد، والمضاضة في القطن، وورم ملموس في القسم الكلوى. فكان من تفاسد الإصابة ما دفع الجراح الى الاعتقاد بأن الكلية لا بد أن يكون بها مرض. عملت لها العملية، واتضح أن بالكلية ورماً - سركوم - فاستؤصل

وما أحرانا، ونحن في بلد تكثر فيه المضاعفات البلهارسية في الكليتين، أن يكون لنا من هذه المشاهدات عظة وذكرى؛ فنحصى عن التاريخ المرضي في الشخص المصاب ونفحص عن البول هل فيه ما يدل على إصابة المصاب بالبلهارسية وهناك مضاعفة غريبة قد تعرض للمصاب بتمزق في الكلية. وكثيراً ما يتغاضى عنها الجراح لأن الكتب لم تسهب فيها وتوفها حقها. هذه المضاعفة هي الانسكاب في البلورا. فقد ذكر هذه المضاعفة كولمان^(٣) وهارولد باروز^(٤) وليست بنادرة في مشاهدات الأخير

(١) جمع مرفأ بالفتح وهو شاطئ البحر حيث ترسو السفائن

(٢) البحر

(٣) Coleman

(٤) Harold Burrows

علاج الاصابات الكلوية

إن من المناسب في علاج هذه الاصابات استعمال المطهرات البولية . ولتعلم أن من هذه المطهرات اليوروتروبين ، وان تناول مقادير كبيرة مركزة منه قد يفضي الى ظهور الدم في البول ، اذا لم يسبق ظهوره . فان ظهر عن الاصابة فقد يفضى تناوله بمقادير غير منظمة الى استمراره

دعى أحد الجراحين لعيادة مريض بالبول الدموي المتواصل ، وقد وجد أن المريض كان يتناول عشرة قمحات من اليوروتروبين ، في أقراص مضغوطة ، كل أربع ساعات . فنصح بترك هذا الدواء ؛ فانقطع الدم من البول مباشرة . قد يكون ذلك من باب الاتفاق ، لكنه ، مع ذلك ، قد ينهض مثلاً لضرورة استعمال هذا الدواء مخففاً بمقادير مناسبة مخافة مساعدته على استمرار البول الدموي

أما بشأن علاج التمزق الكلوي علاجاً جراحياً بالعملية فالرأى السائد بين الجراحين في هذا العصر ، المبادرة الى الشق في موضع الاصابة . وقد يخالف بعضهم هذا الرأى ، ولا يتبعه بطريقة نظامية . ولست أنكر أن العلاج الجراحي قد يكون في أيدي الخبيرين من الجراحين ذوي المهارة الفاتقة والتجارب الكثيرة ، أعظم نجاحاً ، على وجه العموم ، من التوءدة بحكمة ، والتأني برزانة . ولست أغلو اذا قلت إن الجراح قليل الخبرة يكون أكثر نفعاً لمريضه وأقرب نجاحاً في عمله ، إذا ادّخر مشراطه للأحوال القليلة التي تستدعيه بسبب استمرار النزف ، أو بسبب حدوث طوارئ عفنة وغيرها مما لا جدال في فائدة علاجه ، بجولة المشراط فيه . وأكثر ما تكون الجولة ، وقتئذ ، للاحاطة بالكلية واستئصالها

ويقول من ينصح بالتمهل في العلاج الجراحي إن أغلب العمليات يعملها جراحون أولو قدرة معتدلة وذوو خبرة متوسطة ، وإن النظر في ذلك خليق بمن يريد أن يسن العلاج الجراحي بصفة نظامية . وبعبارة أخرى ليس يكفي الاستدلال على ضرورة اجراء العملية في التمزق الكلوي بخبرة النابغين من الجراحين ومهارة المتوفرين منهم

على جراحة الجهاز البولي ؛ لأنك إذا أردت أن يقصد الجراح الاعتيادي الى غرض أولئك فقد استهدف مريضه للخطر

الحصاة الكلوية

التشخيص

ليس من النادر حسب المغص في القسم الكلوى والحالب دليلاً كافياً على الحصاة الكلوية . وهذا المغص خُدعة ؛ فكثيراً ما خُدع الجراح به . واعلم أنه وان كان مصحوباً بالبول الدموى إلا أنه لا ينهض دليلاً على وجود الحصاة . فما من آفة من آفات الكلية إلا وقد تحدث المغص والبول الدموى . هذا الى أن هذين العرضين قد يكونان عن ظواهر مرضية أخرى في غير الأعضاء البولية

فقد ذكر لو كود (١) حدوث البول الدموي في التهاب الزائدة أحياناً . ويذكر باروز (٢) المشاهدة الآتية :

غلام في الثالثة عشرة من عمره كان يبتابه المغص في القسم الحرقفي الأيمن . وبالفحص عن بوله في إحدى هذه النوبات اتضح وجود الدم ، بغير صديد أو اسطوانات كلوية . فحسب المرض مغصاً كلوياً ؛ ولما أن صورة الأشعة لم تظهر حصاة لم تعمل للمريض عملية . وبعد حين اصابه التهاب في الزائدة الدودية ، فعملت له عملية واستؤصلت الزائدة وكانت فيها كتلة متحجرة . وفي أثناء السبع سنين التي تلت العملية لم يعتره المغص أو البول الدموى

من ذلك يتضح أن أغلاطاً كثيرة وقعت باعتبار المغص برهاناً على الحصيات الكلوية مما يشفع لنا بإيراد بعض الأمثلة

انتاب ضابطاً في الجيش مغص حُسب حصاة في الكلية . وقد عملت له صورتان بالأشعة ولم توضحا شيئاً في الكلية . ومع ذلك فقد نصحه الجراح بالخضوع لاستئصالها بعملية . وهذه أيضاً لم توضح حصاة فيها أو شيئاً غير طبيعي . وأعقب العملية بول دموى

استمرَّ أياماً كثيرة حتى أصبحت حالة المريض سيئة . فاستؤصلت الكلية . وتوفى المريض بالصدمة ، وكانت الكلية ، في الظاهر ، سليمة .

واليك مثلاً آخر :
رجل كان يبدو عليه من الأعراض ما اتخذ دليلاً على وجود حصاة في الكلية . وما كان الفحص عنه بالأشعة ليزيد التشخيص وضوحاً . وبالرغم من ذلك أشار عليه القوم بعملية استقصائية . وهذه أيضاً لم توصل الى نتيجة وبعد العملية صار يعاوده ألم شديد ، ويحدث عنه بول دموي ، وبقي الدم غزيراً . فلم يوفقوا الى تسكين الألم الا بالمورفين حتماً متكرراً ، فاعتاده ، وظهر عنده ، بعد ذلك ، نكاف^(١) تقيحي ، فشال وجهي ، فتخثر في الجيوب الكهفية ، وانحدر أخيراً الى قبره

ورأى أحد الجراحين مريضة بمغص كلوي وبول دموي ، فظن أنه حصاة كلوية ، وبعد حين اتضح أن السيدة مصابة بسرطان في الرحم ، وأنه هو سبب المغص والبول الدموي

ومما يذكر حالة ورم خبيث في الحرقفة اليسرى أعلن ظهوره بالبول الدموي و « المغص الكلوي » . ولم توضح فيها صورة الأشعة حصاة في الكلية ، لكنها أظهرت ورم الحرقفة

ويذكر الماجور سمسون^(٢) حالة عملت فيها عملية استقصائية للكلية بغير أن يتضح فيها شيء ، وبعد حين ظهر أن المريض كان مصاباً بسرطان في المستقيم ويمكن ، من غير ما شك ، أن أتمادي مسترسلاً في أمثلة مختلفة لأبين لك ما ذكرت من أن المغص خدعة . وكذلك المغص مع البول الدموي . فلا تعجل بتشخيص حصاة في الكلية معتمداً على هذين العرضين فحسب

ولا بد لي ، قبل الفراغ من الكلام في المغص وشأته ، أن أذكر أن الألم الكلوي في ناحية قد يكون ناشئاً عن مرض الكلية في الناحية الأخرى . وعبور الألم هذا من ناحية الى أخرى مما يكون سبباً في الخطأ في تعيين موضع المرض

(١) التهاب الغدة النكفية Major D. Simpson. (٢)

واليك حادثة تسبق زمن التصوير بالأشعة :

شكا مريض من ألم في القطن الأيمن ، كان قريب المشابهة بالمفص الكلوى . فشق الجراح على الكلية اليمنى ، مستقصياً ، فلم يجد فيها حصاة . ومات الليل ، بعد العملية ، بأربعة أيام ، بسبب انقطاع البول ، لا احتباسه . وبشريح الجثة ظهر أن الحصاة في الكلية اليسرى .

وقد يكون الألم دليلاً مضللاً على تعيين موضع المرض في الأحوال الكلوية ؛ كأن يكون أكثر الألم ، في أقل الكليتين مرضاً ، اذا مرضتا معاً

والمغزى من كل ما تقدم ألا يقدم الجراح على استقصاء الكلية على زعم أنها مصابة بحصاة كلوية الا بعد الفحص الكامل بالأشعة ؛ فليس يستوثق الجراح من الحصاة ، في الكلية ؛ بغير هذه الطريقة . وليست تنفع الأشعة في بيان الحصاة فحسب ؛ بل إنها تنفع في بيان موضعها في الكلية ، مما هو ضرورى للجراح ، قبل البدء في العملية . فقد تكون الحصاة في الحالب ، وقد تكون أكثر من حصاة ، وقد تكون الحصاة في الكليتين ؛ الى غير ذلك من تفاصيل المرض مما تجب معرفته ، ولما يشرع الجراح في عمله .

ولسائل أن يسأل ، ألا تخدع الصورة بالأشعة الجراح ؟ بلى ، قد تخدعه ؛ لأن الظل الذى يحدث عن غدة لمفاوية متحجرة أو أى منسوج آخر قد يحسب خطأً انه حصاة كلوية . ومن الصعب ، أحياناً ، التمييز بين الحصيات الكبدية والكلوية ، اذ تشابه الأعراض والصور . وقد أسافنا الكلام في ذلك

لنزعم ، أيها الجراح ، أن مريضاً جاءك يشكو من أعراض تدل على حصاة في كليته ، لكن لم تنضح بتكرار الفحص عنها بالأشعة ، فماذا تفعل ؟ وبماذا تشير على مريضك ؟ الرأى عندى أن تعالج المريض علاجاً دوائياً ، وأن تشير عليه بالألا يتضعضع للعملية الاستقصائية ، وذلك لوجوه :

أولاً - إن الاستقصاء الكلوى أو شق الكلية ليس بعملية تافهة ؛ فلا أخضع لها ان كنت مريضاً ، إلا اذا بنى تشخيص مرضى على أساس متين

ثانياً - قد لا توجد حصاة أو شيء آخر محسوس في الكلية أو الحالب بالرغم من أن الأعراض تدل على ذلك

ثالثاً - إذا اشتملت الكلية على حصاة ، ولم تتضح بالأشعة ، فذلك لأنها صغيرة صغراً يسمح لها بالخروج من المسالك البولية . وخير للمريض خروجها بهذا الشكل من خروجها خلال جرح في القطن

رابعاً - ان الحصاة اذا كانت صغيرة فقد لا يعثر عليها الجراح في اثناء العملية فكل أولئك مما يدعو الجراح الى التنحي عن العملية الا اذا قام البرهان على وجود حصاة في موضع معين يستطيع الوصول اليه

وليست تنطبق هذه الملاحظات على الأحوال المتقدمة التي حدث فيها الاستسقاء الكلوى أو الاستسقاء الكلوى الصديدي أو المصحوبة بمرض بليارسى إذ توجد أعراض وعلامات أخرى يصح الاسترشاد بها .

ولا يصح أن تتناسى ما يمكن أن تستفيده من الفحص عن المريض بالمنظار المثاني وبإدخال القسطرة في الحالب وبالوصول على عينة من البول من كل كلية بهذه القسطرة وما الى ذلك من الطرق العصرية الحديثة . وعليك أيضاً أن تستعين بالفحص عن البول ، وبالطبيب المتوفر على علم البكتيريا

كل أولئك ضرورى للاهتمام الى طبيعة المرض ، والوصول إلى وجه الصواب في التشخيص قبل اعنات المريض في عملية جراحية يشق عليه تحملها جسمانياً ومالياً ، وقد تكون سبباً في طي صحيفته

ويلزم النظر في قوة الافراز البولى ، ومعرفة قوة كل كلية على حدة ، والفحص عن مقدار البولينا في الدم . يلزم كل ذلك قبل أن يغزو الجراح احدى الكليتين فيستأصلها وعلى الجراح ، أن يبذل أقصى ما في وسعه لاستجلاء المرض استجلاءً تاماً ، ولاتقاء ما عسى أن يحدث من الحوادث . وقد لا يكفي كل ما في وسعه لمنع الطوارئ . وما هي ، وقتئذ ، الا كالعواصف تهب على البحار وهو في سفينته على البحر ، لا يقيه منها مراقبته مقياس الجو (البارومتر) ولا يقلل حدوثها من قيمة هذه المراقبة

شق الكلية

عمليات الكلية تكتنفها حوادث جمة مختلفة بعضها ممكن انقاؤه، وبعضها من الصعب جداً. استشار رجل أحد الجراحين وكان به شال في النصف الأيمن الأسفل من البطن وبمعاينة ظهره وجد أثر التهام رأسية في القطن الأيمن علامة عملية « لخراج على الكلية » فكان واضحاً أن العصب الذي يغذى الجزء الأسفل الأيمن من البطن قد قطع في أثناء العملية. ولعل السبب في عدم ظهور الفتق القطني هو انخفاض توتر البطن على أثر الشلل العضلي.

وقد تؤذي أعصاب معينة، في أثناء العملية، ولو كان الشق قانونياً طبيعياً. فالعصب الظهري الأخير - وهو يوازي الحافة السفلى من الضلع الأخيرة، ويكون قريباً منها، والعصب الحرقفي الأربى، والعصب الحرقفي الخثلي - وهما أسفل من العصب الأول بنحو قيراط - فكل هذه الأعصاب قد ينالها الجراح، في أثناء العمليات الكلوية، لقربها من السطح الخلفي. وقد ينالها الجراح في أثناء ربط وعاء أو خياطة حافتي الطبقة المقدمة من الصفاق القطني.

عملت لسيدة عملية لثبيت الكلية فغشيها ألم شديد من الالتهاب العصبي الذي عرض في العصب الظهري الأخير. وأمكن توضيح موضع ارتباك العصب في أثره الالتحام، واستوصل الجزء المصاب منه بعملية مختزقة للبريتون للفشل في العملية التي من ناحية القطن. فشفيت المريضة من الألم، لكنها بقيت معتادة المورفين لولعها به منذ استعماله لتسكين الألم.

ومن الجائز رض الكلية رضاً شديداً، أو أحداث نزف غزير بتمزيق الأوعية في سرة الكلية في أثناء استخراجك إياها، ولا سيما ذلك في البادئات من السيدات. ولتقليل خطر هذه المضاعفة لا بد من عمل جرح كبير في الجدر وكسر ضلع أو تبعيدها عند الضرورة وقد تمزق الوريد الأجوف السفلي؛ في أثناء نزع الكلية اليمنى التي كانت ملتصقة من التهاب محيط الكلية. وكذلك المنفج والقولون في مثل هذا الخطر.

سمعت عن خطر ادخال الكلية في موضعها عاليا سافلها ، وبعبارة أخرى ادخالها والعنق ملتو ؛ وانى وان كنت لا تستطيع أن أحقق الخبر بمثال الا انى اعتقد أن الخطر يصح أن يكون حقيقياً فليتنبه الجراح

ولعل أكبر أنواع الخطر بعد شق الكلية هو استمرار النزف . وينشأ عن عيب في الخياطة ؛ إذ لا توفق الى سد الجزء الغائر من الشق الكلوى . ولذلك يلزم أن تخترق الغرز جميع جوهر الكلية قريبة من الغشاء الحوضى غير متعددة عليه

ويجب أن تكون الخياطة دقيقة بمادة سهلة الامتصاص مخافة أن تصبح كالنواة تتولد عليها الحصيات . ولتحكم الخياطة بضغط لبن متين . أما اذا أحكمت الخياطة بقوة عظيمة فقد يمزق الخيط الدقيق ؛ أو يقطع المنسوج الكلوى

واليك خطة لتقليل النزف بعد العملية هى استئصال الحصاة بشق خلال الحوض الكلوى متى تيسر ذلك . فلهذه الطريقة مزايا كثيرة ظاهرة عدا كونها تحول دون النزف الكلوى المستمر

قد مرّ بك ما يمكن حدوثه من تغاضى الجراح عن الحصاة فى الكلية . وأقرب ما يحدث ذلك اذا كان فى الكلية حصيات كثيرة فان الجراح قد يترك حصاة أو أكثر . ويقال إن هذا التغاضى أكثر وقوعاً اذا اشتملت الكلية على حصاتين ، أحدهما كبيرة ظاهرة للجراح يستخرجها بسهولة ؛ والاخرى صغيرة كامنة فى احدى الكؤوس الكلوية ولا تقاء هذا الخطر يلزم استحضار صورة الأشعة فى غرفة العمليات والاسترشاد بها فى أثناء العملية ؛ وقبل خياطة الكلية

ومن المستحسن ، أحياناً ، فى أثناء شق الكلية سبر الحالب بمسبار . ولكن ذلك لا يتيسر الا اذا كان الشق فى الجزء العلوى من الكلية فيدخل الجراح المسبار منه الى الأسفل خلال الكأس الكلوية العليا . ولتعلم أن الكأس العليا هى التى تستمر الى الحالب فى الموضع الطبيعى للكلية

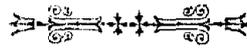
استئصال الكلية

استئصال الكلية المفردة ، أو استئصال الكلية العاملة ، وترك الكلية غير كاملة النمو والتي لا تستطيع أن تتحمل المطالب الحيوية التي يقنضها الجسم من النكت الريكية التي تقال لتجريح الجراح والنيل منه . وعلى الجراح ، قبل أن يستأصل احدى الكليتين أن يتحقق من وجود الأخرى مخافة أن يقع في هذه الغلظة الفظيعة . وقد يستأصل الجراح الكلية المفردة ، وهو يجمل أنها كلية . فالمشياة بنقص المهبل والرحم نقصاً خافياً قد لا يكون عندها ، غالباً ، سوى كلية مفردة ، كرية الشكل في الحوض ، لا في موضعها الطبيعي . فوقئذ قد يحسبها الجراح تجمعاً دمويًا في الرحم من انسداد المسالك التناسلية . وحين يفتح الجراح البطن للاستقصاء يجد وربما كريةً لاطماً^(١) أو مقعداً يسهل تقفه من غلافه . ولا يعرف أنه استأصل الكلية المفردة ، إلا أخيراً ، فان عرف أنه حرم المريضة من جهازها البولي ندم ولات ساعة مندم ؛ وحزن حزناً شديداً ولات أوان

الحالبان

هنا مسألة صغيرة بشأن سكون الحصاة في الحالب ليس من النادر أن يمر عليها الجراح ولما يدركها . ذلك أن الألم الذي يحدث عن الحصاة وهي في الحالب قد ينسب الى التهاب في الزائدة الدودية . فينصح للمريض بالعملية ويستسلم لها . وقد يرى في الزائدة التهاب مزمن قديم ؛ وهو كثير الوقوع فيها . وقد ترى سليمة ، لاشية فيها سوى شدوذ في الوضع أو الشكل كأن تكون أطول من المعتاد أو كأن يكون فيها شيء من الالتواء أو الاحتقان فيستأصلها الجراح بحق ناسياً ، أحياناً ، أن يتمادى في الفحص عن أسباب أخرى للألم . ومن الأسباب التي يصح أن يصادفها الجراح ، في مثل هذا الوقت ، الحصاة الداخلة في الحالب الواقعة فيه

والغلظة الشائعة بشأن الحالبين هي قطعهما أو ربطهما في أثناء العمليات في الأنسجة المجاورة لهما. وأكثر ما يحدث قطع الحالب في عملية استئصال الرحم للسرطان استئصالاً كاملاً. ويظهر أن هذه الحادثة صادفت عدداً غير قليل من صفوة الجراحين. لكن كما زادت مهارة الجراح ودقته قل وقوعها منه. ومما يقل وقوع هذه الحادثة معرفة الجراح تشرح الأجزاء في موضع العملية كنه المعرفة، ومعرفته بالشكل الظاهر للحالب والعلاج، إذا حدثت هذه الحادثة، هو وصل الطرفين المقطوعين، أو وصل الجزء العلوى بالمثانة، فان لم يستطع الجراح علاج الحالب بأحدى الطريقتين لسبب ما، كأن يكون قد استأصل جزءاً كبيراً من الحالب عفواً، أو كأن لا تسمح حالة المريض بإتمام العمل إذ يشق عليه طول العملية، فان لم يستطع الجراح ذلك فعليه أن يربط الطرف القريب من الكلية، ووقتئذ تضرر الكلية في هذه الناحية بغير أن تحدث ضرراً محسوساً بشرط أن تكون الكلية في الناحية الأخرى سليمة وكذلك حالها



الفصل الحادي والعشرون

المثانة البولية، وغدة البروستاتا، ومجرى البول، والقضيب.

المثانة

لم تسمع حوادث كثيرة بشأن جراحة المثانة، لكنها معرضة لجملة عوارض في أثناء العمليات الأخرى في الأعضاء المجاورة. فكثيراً ما تفتح فتحة عارضية في أثناء فتح البطن في الجزء الأسفل. ويقال إن المثانة الممتلئة بالبول قد حسبت خطأ أنها كيس مبيض فبزلت. ولا يحصل مثل هذا اللبس إلا إذا كانت المثانة ممتلئة بالبول، وهو مما يجب أن يتحاشاه الجراح في كل عمليات البطن ولا سيما ذلك في الجزء السفلي منه. وعلى كل حال، ففتح المثانة من الأغلاط التي تذكر في غير جراحة المثانة، وقد مرّ بك الكلام على إصابتها في عمليات الفتق.

شق المثانة فوق العانة

يصح أن يقع الجراح، في أثناء عمل هذه العملية، في غلطين شائعتين. وهما جديرتان بالذكر.

فأما الغلطة الأولى فهي جرح البريتون جرحاً عارضياً، وفتح تجويفه. فإذا كانت المثانة ممتلئة فمن البعيد جرح البريتون ولو كان الجراح مهملًا في عمله، ويجب أن تكون المثانة ممتلئة أو ان هذه العملية. فإذا لم يمكن ملء المثانة بسبب ما فيها من الالتهاب المثاني، أو لوجود حصاة كبيرة تشغل كل فراغها، أو إذا كان البريتون ممتدًا إلى أسفل أمام المثانة امتداداً أكثر من الطبيعي، فبقليل من العناية يمكن دفع الثنية البريتونية إلى الأعلى حيث تؤمن إصابتها. وهذه الثنية من السهل رؤيتها، وهه عرقتها، وتداولها وأما الغلطة الثانية فهي وخز المثانة بالمشروط فقط لفتحها، ففتحها بهذا الوخز يخرج ما فيها من السائل، فتقلص، وتغيب عن الجراح فلا يعود يجدها إلا بصعوبة. ولاتقاء هذه الغلطة يحسن أن يعوض الجراح بمشرطه دافعاً إياه إلى الأسفل، وأن يدخل

أصبعاً أو أصبعين في فتحة المثانة ؛ والمشرط لا يزال باقياً فيها ؛ وتمسك خافتاً
لمثانة وثلاثان .

وهناك طريقة أخرى التزمها في عمليتي ؛ وهي وضع فتلة حديدية باردة منحنية على
جانبي الشق في المثانة قبل فتحها ؛ ثم مسك كل فتلة بجفت شريان . فبذلك يمكن
جذب ثنية مثانية فيها عمل الشق لفتحها

تفتيت الحصاة

لقد طالت المناقشة ، منذ بضع سنين ، في الأدوات الجراحية ، واختلاف الجراحون
في أي الطرق أفضل لاستخراج الحصاة ؛ أستخرج بالشق فوق العانة أم أستخرج
بالشق في العجان ، أم أستخرج بالتفتيت

لقد تقدمت طريقة التفتيت ، وبلغت من الكمال حداً يجعلها في مقدم الطرق التي
يتخذها الجراح لاستخراج الحصاة من المثانة . بل يرى بعضهم أن استخراج الحصاة
دائماً ، بالتفتيت ، إلا أن تكون هناك دلالة مانعة . والدلالات المانعة هي :

(١) ظروف الحصاة - ليس من الصواب استخراج الحصاة من المثانة بالتفتيت
إذا كانت كبيرة وذلك مخافة إصابة الجدار المثاني . ولا شك أنك تستغرب كثيراً إذا
قلت لك إنني اضطررت ، ذات مرة لاستخراج حصاة من المثانة بشقها فوق العانة ،
وكانت الحصاة تسد جميع فراغ المثانة بشكل غريب ، فنكان بروز الحصاة في موضع
يقابله انبعاج في جدار المثانة ، وانبعاج الحصاة في موضع آخر يقابله بروز المثانة . وكذلك
يمنع التفتيت صلابة الحصاة كأن يكون قوامها أكهلات الجير . وإياك أن تعاند
الحصاة الصلبة بتفتيتها فقد ينكسر منك أحد فكي المفتت داخل المثانة . وكذلك يترك
التفتيت إذا كان قوام الحصاة من الرواسب الفوسفاتية . فإن عيون المفتت تنسب فلا
يستطيع التفتيت

ولا يمكن استعمال المفتت ، أيضاً ، إذا كانت الحصاة متكيسة في ركن من المثانة .

أما تعدد الحصاة في المثانة فليس يمنع من التفتيت إلا أن تكون الحصيات صغيرة فيكتفي
باستخراجها بغير تفتيت بالفرغة

(٢) ظروف مجرى البول - لا يمكن استخراج الحصاة بالمفتت اذا كان مجرى البول ضيق عضوى ، أو اذا كان فى البروستاتة ضخامة ؛ وذلك لصعوبة ادخال المفتت الكبير . واذا أبى الجراح إلا أن يغالب هذه الدلالات فقد يحدث طرقاً كاذبة فى مجرى البول تزيد العملية صعوبة . واياك أن تستعمل المفتت اذا كان مجرى البول متهيجاً تهيجاً شديداً بما يتضح من القشعريات عقب جسده بالمجس . وكذلك يمنع التفتيت وجود نواصير بولية بهارسية .

(٣) ظروف المثانة - لا يصح استخراج الحصاة بالمفتت اذا كانت المثانة البولية ملتهبة التهاباً شديداً ، أو كان بها أورام بهارسية أو كانت مصابة بهارسية شديدة تحول دون ملء المثانة بالسائل لانتقباضها

(٤) ظروف الكلية وحوضها - لا يصح استعمال المفتت اذا كان فى الكلية وحوضها مضاعفات التهاية جراحية أو مضاعفات بهارسية ؛ لأن هؤلاء المرضى قد يصابون بما يسمى «حمى القسطرة أو حمى مجرى البول» عقب ادخال مجس أو قسطرة فى مثانتهم .

أما الشق فوق العانة فيستحسن فى الأحوال الآتية :

- (١) اذا كانت الحصاة كبيرة لا يصح استخراجها بالتفتيت
 - (٢) اذا كانت الحصاة متكيسة
 - (٣) اذا كان فى مجرى البول ضيق
 - (٤) اذا كانت فى البروستاتة ضخامة ؛ ووقتئذ يصح أن تكون عملية شق المثانة لاستخراج الحصاة أولاً ؛ ثم للتمهيد لاستئصال البروستاتة
- يجتنب استخراج الحصاة من المثانة ، فى الأطفال ، بهذه الطريقة ، لأن المثانة البولية فيها عضو بطني أكثر منها عضو حوضي

أما ما يمنع اجراء هذه العملية فدالتان :

(١) الالتهاب المثانى الشديد

(٢) انقباض المثانة

أما استخراج الحصاة شق المثانة في العجان فيفضل في الأحوال الآتية :

- (١) الالتهاب المثاني الشديد
- (٢) وجود بلهارسية مثانية منقمة
- (٣) وجود نواصير بولية بلهارسية
- (٤) انقباض المثانة وضخامة جدرها
- (٥) « انحشار » الحصاة في عنق المثانة

ويحسن أن أذكر بهذه المناسبة ، أن الأجسام الغريبة في المثانة يفضل استخراجها بطريقة الشق فوق العانة . ومن غريب ما أذكره ما أجرته لاستخراج « زجاجة قطارة قطرة » من المثانة في مريضة . وكانت حكايتها كما يأتي :

كانت المريضة ، وهي من إحدى قرى مركز قليوب ، في الشهر الثالث من الحمل واحتبس بولها ؛ ولا أذكر تماماً سبب الاحتباس . فاستدعت المريضة إحدى قوابل البلدة . وهذه لجأت الى « قطارة القطرة » لاستعمالها كقطرة . فلما ادخلتها انفصلت الأنبوبة الزجاجية من الأنبوبة الجلدية . وبمحاولتها استخراج الأنبوبة الزجاجية دفعها الى داخل المثانة . فاستخرجتها من المثانة بشق فوق العانة ، وكانت الأنبوبة سليمة وعلى ذلك ترى أن من الضروري أن يتخير الجراح طريقة العمل لكيلا تكون أول غلطة يقع فيها ، قبل العملية ، سوء اختيار طريقتهما

ولتعلم أن طريقة استخراج الحصاة بالتفتيت تحتاج الى خبرة ومهارة . لأن الجراح اذا لم يكن خبيراً ماهراً فقد يؤدي جدر المثانة ، في أثناء العمل ، أو يترك جزءاً من الحصاة فيستدعى إعادة العملية واليك قصة :

جاءني مريض ، بعيادتي الخصوصية ، وأنا طبيب مستشفى قليوب ، يشكو تعباً في بوله ، من ألم شديد ، وعسر ، واحتباس أحياناً . وأخبرني أنه عولج في ملحق المستشفى الخاص بعلاج البلهارسية والانكيلوستوما بغير فائدة لانه قد استوفى الحقن الاعتيادية بعلاج البلهارسية . وبالجس وجدته مصاباً بحصاة في المثانة متوسطة الحجم لانها كانت في حجم اللوزة أو اكبر قليلاً . فنصحت له بالعملية فقبل . ووعدني أنه

سيحضر في اليوم التالي مستعداً لها . لكنه لم يحضر . وفي أقل من أسبوعين حضر لي هذا المريض مصاباً باحتباس في البول . فسألته لم تأخرت الى الآن ؟ فأجاب : إن أحد أقاربي نصحنى ، بعد أن اتفقت معك على العملية ، أن أذهب الى مستشفى بشارع قصر العينى . وقد ذهبت فعلاً ، هناك ، حيث عملت لى عملية التفتيت وخرجت معافى منذ بضعة أيام ، ولا أدرى سبب هذا الاحتباس . فقلت ولا أنا أدري أيضاً . وشرعت فى جسّه ، ووجدت أن بالمثانة حصاة . فلم أصدق ما قاله لى . واستخرجتها له من المثانة بشق العجان . أتدرى ماذا وجدت ؟ وجدت نصف حصاة بحجم نصف البندقية وبشكل نصف البندقية أيضاً ، ولولا أنى وجدت الحصاة بهذا الشكل لما صدقت الرجل

ولقد ذكرت هذه المشاهدة بالتطويل لما فيها من جسام الأمور :
(١) فأما الأمر الأول وهو ما أرجو مصلحة الصحة العمومية أن تتبعه بصفة نظامية فى جميع مستشفياتها التى تعالج البليارسية فتحتم على الطبيب أن يفحص عن المثانة فى كل مريض بالجس بالمجس كما يفحص عن بوله فان وجد الطبيب حصاة فى المثانة أرسل المريض الى المستشفى العام وليس الجراح فى حاجة الى الفاته فى هذه المسألة ، لأنه كثيراً ما يجس مريضه قبل تعرف بوله

(٢) وأما الأمر الثانى وهو ما أرجو أن يتبعه كل جراح مولع بعملية التفتيت بصفة نظامية فيحتم على نفسه الفحص عن المثانة بالمنظار الثانى لكى يتحقق من خلوها من فتات الحصاة . وحبذا لو اتبع هذا النظام فى مستشفى قصر العينى . اذن يتبع ذلك كل جراح فى عمله بعد خروجه . ولا يقلل من ضرورة الفحص عن المثانة بالمنظار الثانى ما يمكن أن يقوله لك بعضهم من أن هذه الفتات اما أن تكون كبيرة فلا يمكن أن تفوت المفتت ، وإما أن تكون صغيرة فلا خوف منها لأنها تنزل فى البول . فقد كانت القطعة التى تركت فى مثانة المريض التى ذكرت لك حكايتها كبيرة ومع ذلك فقد فاتها المفتت ، واستأوفى من يقول إن الضعير من الفتات ينزل حتماً مع البول لأن

الحصىات انما تتكون صغيرة وتكبر تدريجاً فلم لا تنزل صغيرة ولما تكبر؟
 (٣) والأمر الثالث هو ألا يكتفى الجراح بعلامة قطعية بمرض في التشخيص ذلك
 لاحتمال وجود أكثر من مرض ، فليس ينفذ أن يكتفى الجراح بتشخيص المرض
 بهارسية في المثانة اذا وجد بويضات البهارسية في البول لأن وجود البهارسية في المثانة
 لا يمنع وجود حصاة فيها أيضاً ، وللتقيض حكمه (١)

ضخامة البروستاتة

يحسن أن أذكر لك شيئاً بشأن ضخامة البروستاتة ، فأقول إن من الخطأ أن يعتقد
 الجراح أن المريض مصاب بضخامة في البروستاتة اعتماداً على أنه شيخ أو متوسط في
 العمر ، وأنه أصيب باحتباس في بوله ، وأن من الممكن إدخال قسطرة بحجم كبير الى
 مثانته فكثيراً ما أدى التشخيص الذي عمل ارتكناً على هذه العلامات الى تدخل
 جراحي بغير أن يجد الجراح ضخامة في البروستاتة أو عائقاً في مجرى البول ، وبالتمادي
 في الفحص عن مثل هؤلاء المرضى يتضح أنهم مصابون بأمراض أخرى كالشلل مثلاً .
 ولتشخيص ضخامة البروستاتة لا بد من علامتين عدا احتباس البول وغيره من
 الأعراض

فالعلامة الأولى هي جس البروستاتة من المستقيم والشعور بضخامتها بالأصبع
 والعلامة الثانية هي ضرورة تبقى مقدار من البول المتبقى (٢)

عملية استئصال البروستاتة

إن عملية استئصال البروستاتة بالشق فوق العانة عملية سريعة سهلة اذا كانت
 البروستاتة عظيمة والمثانة سليمة . واهل أغلب أحوال الفشل ناشئة عن عدم وجود أحد
 الشرطين أو كليهما

فاذا كانت المثانة عفنة والبول قلوياً فمن الحكمة التمهيد للعملية بالشق فوق العانة

(١) للتقيض حكمه اى والعدس بالمدس

(٢) Residual urine

وتصفية المثانة و إعطاء المريض أدوية مطهرة كحامض البوريك ، وفوسفات الصودا الحامض ، وهكسامين ، وبنزوات الصودا ، وذلك حسب ما تقتضيه العدوى البكتيرية لتحسين عفونة المثانة. وماذا عسى أن يحدث إذا استؤصت البروستاتة ، وبول المريض عن قلوى ؟ ان الذى يحدث هو رسوب مواد فوسفاتية على السطح المتعري رسوباً يحول دون الالتئام ؛ وإذا شفى الجرح الذى بالعانة فقد ترك المريض بحصاة فى مثانته . ومن صادفته هذه الحادثة يأبى من غير ما شك أن يراها ثانية

ولا بد من الاحتياط فى استعمال حامض البوريك لأنه وإن يكن من أحسن الأدوية المطهرة التى تحول البول القلوى حامضاً إلا أن له عيوباً ؛ منها أن الاستمرار فى تناوله قد يحدث أكرزما شديدة ، ومنها أنه قد يحدث النوبة النقرسية الحادة اذا كان عند الشخص استعداد للنقرس .

أما الهكسامين فاذا أخذ بمقادير كبيرة غير مخفف فقد يحدث بولاً دمويًا ، كما مرّ بك ولتعلم أن تصفية المثانة خلال شق فوق العانة مما ييسر بغير مضايقة المريض بصندوق مارشال للشق فوق العانة^(١)

أما الشرط الثانى وهو ضخامة البروستاتة ضخامة عظيمة فذلك لأن تقف الضخامة العظيمة أسهل من تقف الصغيرة . ويحسن أن أقول إن هذا التعبير غير دقيق ؛ لأن تقف البروستاتة تقفًا حقيقياً عملية غاية فى الصعوبة ؛ لكن تقف الورم الأدينومى من البروستاتة أمر سهل وبعبارة أخرى أمر سهل على شرط أن يكون الورم الأدينومى كبيراً فيسهل على الأصبع النقف ، وكلما كبر الأدينوم زادت السهولة

ويحكى بعض الجراحين أنه نجح ، فى تقف البروستاتة المشتملة على جملة حصيات بغير أن يكون فيها أدينوم ، وذلك خلال شق فوق العانة . واستغرقت العملية زمناً طويلاً . وقد شفى المريض بعد أن شق عليه وعلى جراحه العمل . ويستأنف هذا الجراح قائلاً إنه عزم على ألا يكرر مثل هذه العملية كيفما كانت لذته بالنجاح

ويقول هذا الجراح نفسه ، أنه فتح ، ذات مرة ، المثانة ، لاستئصال البروستاتة ، فلم

يجد فيها أجساماً مستديرة أو كتلاً عظيمة ، ووجد أن فتحة عنق المثانة تحيط بها خلقة ليفية صلبة . فشرع في النقف، ونجح في استئصال ما وزنه درهمان من منسوج ليفي غير معروف يزعم أنه من البروستاتة . وهو عمل شق على المريض تحمله . واستأنف قائلاً إن من الخطأ الفاحش والغلط الموبق أن يستأصل الجراح البروستاتة الليفية الصغيرة الحلقية ان الانسان شديد الوله بكتمان أغلاطه واخفائها، لكنني أعنفد أن كثيراً من الجراحين عرف من تجاربه ، كما عرفت من تجاربي ، ان من الخطر العظيم على حياة المريض محاولتك نقف البروستاتة الليفية الصغيرة . ولعل في ذلك ما يوضح حاجة القوم الى كتاب تصور فيه بعض أغلاط الجراحين وحوادث الجراحة ، وبيان طريقة انقاذها ولقد بين السرطومسون والكر^(١) ما الفحص عن باطن المثانة، بعد استئصال البروستاتة مباشرة ، من الفائدة العظيمة ؛ وذلك لسببين :

(١) فالسبب الأول هو ضبط ما يشاهد نازفاً من الأوعية الكبيرة التي قد تحدث نزفاً غزيراً وتكون ، غالباً ، بالقرب من الحافة المتعرية للغشاء المخاطي للمثانة حيث تكتمف التجوييف الذي استؤصلت منه البروستاتة

(٢) والسبب الثاني هو التحقق من عدم وجود ذيول أو شرائح من الأنسجة قد تعوق في المستقبل البول

وقد رأى أحد الجراحين مريضاً استؤصلت منه البروستاتة فلم يستطع ، عقب العملية ، أن يبول خلال مجرى البول ، وبقي ناصور فوق العانة . وبفتح المثانة ومعاينة باطنها لم يمكن العثور على فتحة توصل الى مجرى البول لانسداد موضع الفتحة بأثرة التحام ، ومن المضاعفات الشائعة جداً ، عقب عملية استئصال البروستاتة التهاب البرنج والخصية . ولقد سمعت خطبة المستر كليفورد مورسون جراح مستشفى القديس بطرس للأمراض البولية بلندن ، وهو يقولها في القسم الجراحي من الجمعية الطبية البريطانية في اجتماعها في العام الماضي في بورتسموث . ونشرت في الجزء الصادر في أول ديسمبر

سنة ١٩٢٣ من المجلة الطبية البريطانية. والخطبة بشأن قطع القناة الناقلة للمني، عقب استئصال البروستاتة، لالتقاء التهاب البرنج والخصية؛ آثرت نقلها، ههنا، لما فيها من الفوائد في الموضوع الذي نحن بصدده:

« يتأكد الجراح من درس تشرح البروستاتة والأنسجة المجاورة لها ان استئصالها بعملية لا بد أن يفضى الى تمزق القنوات القاذقة للمني، والى تلف الحويصلتين المنويتين أحياناً. ولتعلم أن السطح المتعري بين قاعدة المثانة والرباط الثالث، بعد استئصال البروستاتة، يتغطى تدريجاً بغشاء مخاطي يمتد الى الأسفل والأمام، بطريقة تجعل الصماخ المثاني الباطن في الطرف المثاني من الجزء الغشائي لمجرى البول، وذلك في مدة أسبوعين بعد العملية وبذلك يختم على فوهة الحويصلتين المنويتين، فتعزلان عن مجرى البول والمثانة. فإذا كان المريض مصاباً بالبول الباسيلي^(١) أو الالتهاب المثاني، في أثناء العملية، امتدت العدوى الى الحويصلتين المنويتين، وهما من أعضاء التناسل، وانعزلتا من التجويف المثاني. اذا وصلت البكتيريا الى الحويصلتين فأتلافها لا يكون إلا بطيئاً لعدم الوصول اليها بالمطهرات أو بالعلاج الموضعي.

ولتعلم أن الالتهاب الحويصلي هو، لسوء الحظ، من المضاعفات الشائعة جداً عقب العملية، وعلاماته وأعراضه محدودة:

(أ) تنذبذب حرارة المريض، في العشرة أيام الأولى بعد العملية، من درجة ٩٧ الى درجة ١٠٠ مئزران فارتهيت. واذا بدأ البول الطبيعي ارتفعت الحرارة قليلاً، وربما نسبت الى استرجاع المريض وظيفة البول. على ان الحرارة انما تنشأ عن الاقتباس العضلي اللازم لدفع البول، من المثانة الى مجرى البول، مما يزيد التهاب الحويصلتين، ويؤدفع الى مجرى الدم، مقداراً جديداً من التوكسين

(ب) يخذت صيقي شديد بغسل مجرى البول، بطريقة جانت^(٢) وهو، غالباً، عمل غير مؤلم

(ج) يشكو المريض ، عند أول البول ، وفي أثناء مجرى البول في مجرى البول ، من ألم متوسط ينعكس في عنق المثانة

(د) يتضح من الفحص عن طريق المستقيم مضاضة في محاذة قاعدة المثانة ولما كان من النادر أن يفحص الجراح عن مريضه بطريق المستقيم قبل مغادرته فكثيراً ما يفوته ادراك أحوال التهاب الحويصل عقب استئصال البروستاتة . ولا يلبث المريض إلا قليلاً حتى يمتد التهاب الى الخصيتين

وهذه المضاعفة الجديدة تحدث ، غالباً ، بعد التهاب الحويصل ، ببضعة أسابيع . وقد تتأخر نحو ثلاثة أشهر . ومن الشائع جداً رجوع المريض الى جراحه بالتهاب في الخصية وقد كان يسير الى الشفاء حديثاً بطريقة مرضية . والمعتاد علاج الخصية علاجاً موضعياً بالكدمات ، وبالتدليك بالمرهم الزئبقي والدياترمية^(١) فتتحسن ، لكن ليس ما يضمن لنا عدم اشتعال التهاب ثانياً ، وبؤرة العدوى لا تزال قائمة في الحويصلة المنوية وقد ألفت النظر المستر ويت^(٢) في رسالة نشرت حديثاً في مجلة اللانست الطبية الى كثرة وقوع التهاب البرنجي مضاعفة لاستئصال غدة البروستاتة . وقد وجد ، من درس خمسين مريضاً ، في مستشفى القديس بطرس^(٣) ان ٨٢ في المائة حدث عندهم التهاب في الخصية ، وقسم درجات التهاب بالطريقة الآتية :

- (١) ضخامة البرنج
- (٢) زيادة الضخامة . يلتصق البرنج بالخصية ، وتلتصق عراها الواحدة بالأخرى
- (٣) يكبر البرنج ، ويصير قاسياً ، شديد الالتصاق بالخصية . واكثر ما يتضح هذه التغييرات في الرأس الأصغر . وقد توجد مضاضة
- (٤) تمتلئ الطبقة الغمدية بسائل . ويكبر البرنج ، ويصير ملتصقاً ، وتوجد فيه مضاضة ، فالألم شديد ، والمضاضة حادة ، ويصير الصفن أحمر ، وقد تظهر فيه الأزيميا
- (٥) تتمادى الحالة السابقة فيتكوّن صديد في البرنج . وترتبك الخصية في التفحيج . وقد تنغفر

Diathermy. (١) Winsbury White. (٢)

St. Peters' Hospital. (٣)

من هذه المشاهدات والملاحظات يتضح لك أن صحة المريض قد تظل منحرفة بالرغم عن تضعفه لعملية الاستئصال

ولقد كان هم الجراحين ، منذ شرع فراير^(١) عملية استئصال البروستاتة بالشق فوق العانة ، تحسين العملية الأصلية لتقليل خطر المضاعفات فلم يكال مسعاهم الإقليل من النجاح . ولعل ذلك مما يصادفه الجراح من الصعوبة في منع الكليتين المتأثرتين بالضغط الخلفي من إفراز البول الموقر^(٢) بالباسيل القولوني . وحيث أن الوقاية خير من العلاج فخير للجراح أن يحاول إخضاع مريضه لعملية الاستئصال ولما يظهر عنده البول الباسيلي^(٣) ، وذلك اتقاء حدوث التهاب الحويصلي والتهاب الخصية . فإن ظهر البول الباسيلي فليحاول الجراح ، تطهير المسالك البولية ، قبل عملية استئصال الغدة ، بالطرق التي ذكرتها في رسالة حديثة نشرتها في مجلة المباحث الاكلينيكية^(٤) ولكن ذلك لا ييسر دائماً مما يضطر الجراح لصنع شيء أو ان العملية لمنع امتداد العدوى من المثانة الى الحويصلتين ومنهما الى الخصيتين

فأقترح بعضهم استئصال الحويصلتين عقب استئصال الغدة ، والرأي عندي أن هذا مما يستدعى تطويل العملية. فإذا أضيف طول العملية ، الى رداءة الصحة العمومية الى كبر السن كان لنا من كل ذلك ما يزيد نسبة الوفيات عقب استئصال البروستاتة بالشق فوق العانة مباشرة

ويمكن منع العدوى عن الحويصلتين بربط القناتين القاذفتين للمنى ، وقد اتبعت هذه الطريقة ، في بعض أحوال معينة . ولتعلم أن ربط هاتين القناتين والانسجة مغمورة بالسم ليس بأقل سهولة من استئصال الحويصلتين بالتشريح

ولما كان عزل الحويصلتين عن العدوى من المسائل المشككة فلننظر ماذا نستطيع أن نعمل لمنع امتداد العدوى الى الخصيتين . ولقد وجدت أني اذا قطعت القناة الناقلة للمنى أسفل فتحة الاربية الظاهرة استطعت أن أخمن لمرضاي أنهم لا يصابون بالتهاب الخصية والبرنج كيفما كانت المضاعفات الأخرى

(١) Freyer. (٢) المشحون (٣) Bacillurie

(٤) Journal of Chemical Research.

والطريقة بسيطة ، ويمكن ، في أقل من خمس دقائق ، عزل القناتين وربطهما . وهي الفحص عن القناة وهي في الحبل المنوى خلال الجلد في الجزء العلوي من الصفن ، وذلك بعد استئصال الغدة واقفال الجرح الذي في الجدار المقدم من البطن . ثم أمسك القناة جيداً بين السبابة والابهام ، أسفل الجلد مباشرة . وأشق شقاً صغيراً لا يتجاوز ربع القيراط . ويمكن عزل القناة وجذبها بجفت من الجرح . وبعد عزل عروة القناة عن الانسجة التي تكتنفها تقطع بين ربطتين من الكاتجت وليس من الضروري استئصال قطعة من القناة الناقلة اذ يكفي قطع اتصال مجراها للغرض المطلوب . ثم يرسل الطرفان المربوطان الى الجرح ، ويقفل الجرح بغرزة من الكاتجت . وللإقتصاد في الوقت يربط مساعدي القناة في ناحيته بينما أربط أنا القناة في ناحيتي

وليس ببعيد زعم القوم أن ضمور الخصية يعقب قطع القناة فالصواب غير ذلك . فقد أجريت هذه الطريقة ، في كل عملية استئصال للبروستاتة ، سواء أكان في المستشفى أم في عملي الخاص ، سنين ، ولم أشاهد مريراً واحداً ضمرت خصيته . هذا الى أن المرء لا يفقد الشهوة الجنسية ولا يمنع الربط الجماع . وكذلك لم أشاهد ولا حالة حدث فيها الالتهاب البربخي . ومما يستنبط من ذلك أن العدوى من موضع البروستاتة الى الخصية تمتد بطريق القناة ، لا بطريق المجرى الدموي . ويتضح أيضاً أن الأوعية اللمفاوية التي تقوم بنقل العدوى لا بد أن تكون في جدار القناة ، لأنني اضطررت في بعض أحوال قليلة ، الى فتح خراج بالتحدر الموضعي ، حيث قطعت القناة . فيؤخذ من ذلك أن العدوى امتدت بطريق القناة الى حيث انقطع اتصالها أسفل فتحة الأريية الظاهرة»

تمزق مجرى البول

إن الموضع الاعتيادي الذي يتمزق فيه مجرى البول من العنف هو أسفل الرباط المثلث مباشرة . وهذا هو الشكل القياسي للتمزق . ولا شك أن الأعراض الناشئة عن انسكاب البول ، وطريقة امتداده مقيداً بادغام صفاق كواس ، لا شك أن كل

ذلك معروف . والتمزق شكل آخر غير قياسي ؛ وهو الذى يحدث فى المجرى فى جزئها الذى داخل الحوض . ولقد شرح هذا النوع من التمزق ادوار دينسلى (١) فى كتيب جليل الفائدة

والتمزق فى هذا النوع ، يكون فى الجزء البروستاتى من المجرى ، أعلى الرباط المثلث مباشرة ، وأكثر ما تحدث الإصابة عن كسر الحوض . وقد ذكر دينسلى حالة من حالاته لم يكن فيها التمزق مصحوباً أو ناشئاً عن كسر الحوض ؛ بل حدث التمزق من انضغاط الحوض انضغاطاً جانبياً بغير كسر وكان فى صبي فى الرابعة عشرة من عمره ولهذا الإصابة شأن عظيم لأن الجراح قد يتعاضى عنها فلا يدركها ، فتعرض عواقب خطيرة . لأن البول يتجمع فى المسافة التى فى مقدم المثانة . وقد تدخل القسطرة مباشرة ، فى هذه المسافة فيزعم الجراح أنه دخل بالقسطرة فى المثانة . وكثيراً ما يبنى على هذا الزعم سلسلة طويلة من الخدع التى يخدع بها .

أما العواقب فأهمها فوات الوقت المناسب لاسترجاع مجرى المجرى ، فتسوء حالة المريض ، ويصعب تخفيفها

وقد ذكر جابرت بارلنج (٢) مريراً من هذا النوع ، ساءت حالته ، فعمد الجراح الى غرس الخالبين فى القولون للتخلص من ناصور مثانى مزمن عقب كسر فى الحوض وهذه العاقبة الوخيمة الناشئة عن هذه الإصابة لا يمكن اتقاؤها الا بمعرقها كنه المعرفة ساعة حدوثها

ضيق المجرى والقسطرة

من أكثر الأغلاط شيوعاً فى ميدان الجراحة تشخيص ضيق فى مجرى البول وليس فيه ضيق ، اذ يكون العائق الحقيقى هو العضلة العاصرة لمجرى البول التى تقوم بوظيفة حارس يمنع دخول الأجسام الغريبة الى المثانة . فاذا كان مجرى البول ملتهباً حساساً فالعضلة العاصرة أقل رزانة منها إذا كان المجرى سليماً

Edward Deanesly. (١)

Gilbert Barling. (٢)

ولتعلم أن هذه العضلة تقاوم كثيراً القسطرة الباردة ، الصلبة المندأة بشيء مهبج ، وخاصة إذا ادخلت في المجرى بغير رفق ولين . فإن أصر الجراح على ادخال القسطرة وداوم على دفعها في المجرى زادت العضلة عناداً ومقاومة ، على الأغلب ، حتى لقد تحترق القسطرة جدار المجرى دون أن تلين العضلة . وقد يتولد في موضع الاختراق ضيق . فإذا كان حظ الجراح من النظافة كحظه من حسن التصرف فقد يتولد عند المريض خراج حول المجرى ، إذا فتح نشأ عنه ناصور في العجان بعواقب غير مرضية ولا لقاء جميع المتاعب الناشئة عن الغلط في التشخيص علينا ، في أحوال الاحتباس البولي ، أن نبدأ بادخال قسطرة كبيرة ، رخوة ، دفتة ، مندأة بمادة غير مهبجة كسائل البرافين مثلاً ؛ وعلينا ألا نهيج العضلة العاصرة للانقباض بشيء من الرعونة . إن من الضروري مداهنة المجرى بالقسطرة فلا تدفع بخشونة . وكثيراً ما يختفي الضيق بملاحظة هذه الاحتياطات فيرى الجراح أن سبب الاحتباس هو الجهاز العصبي ، أو البروستاتة أو آفة أخرى في غير مجرى البول

يقول أحد الجراحين إنه وردته رسالة من طيب فيها ما يأتي : « حامل هذا اليك مصاب بضيق في المجرى ، ولم أستطع ادخال أصغر قسطرة » وقد تمكن الجراح ، بعد تلاوة هذه الرسالة ، من ادخال قسطرة رخوة بحجم عظيم بسهولة ويحسن ألا يحاول الجراح ادخال القسطرة التي من المعدن إلا بعد فشله في ادخال القسطرة الرخوة . ولعل السير ولیم طومسون هو القائل إن القسطرة التي من المعدن رقم (١٠) أعظم آلات الجراحة خطراً . وكذلك يرى كل خبير في الجراحة قد يقال إن مزية القسطرة التي من المعدن معرفة الجراح أين يكون طرفها وهو وهم خطر ولنحسب أن الجراح يعرف أين يكون طرف القسطرة ، وكان يكون هذا نافعا لو علم تماماً ما جريات المجرى فلا يحترقه بالقسطرة

شق المجرى شقاً خارجياً

وإن يكن من السهل شق المجرى في العجان ، في الجثة في المشرحة ، فليس من السهل عمل ذلك في غرفة العمليات . ففي ذلك صعوبتان

فالصعوبة الأولى عدم حضور المريض المصاب بضيق غائر في مجرى البول الى الجراح الا بعد أن يحاول نفر من الأطباء ادخال القسطرة ولم يتمكنوا الا من عمل طرق كاذبة في المجرى . ففي هذه الطرق يدخل المجس بدلاً من دخوله في المجرى . فاذا شق الجراح فانما يشق على المجس ، لا على المجرى واذا لم يعرف أن المجس في طريق كاذب فقلما يعرف المجرى . ويحكي بعضهم أنه رأى جراحاً حدثت له هذه الحادثة ، فحاول الاهتداء الى المجرى بغير فائدة ، وأخيراً أخبر زوج المريض أن من المستحيل تخفيف حالة زوجها بالعملية

والصعوبة الثانية هي ألا يكون هناك طريق كاذب ، فيضع الجراح المجس حتى يصل الى الضيق ، فيشق عليه ، ويخرج طرف المجس من الجرح . ووقتئذ تصادفه الصعوبة ، وتكون عن قلة خبرته ، أو اهماله ، أو جهله بتشريح هذا الجزء . وهي رؤيته غمد ليفي ثخين يكتنف مجرى البول والبصلة ، فيحسبه خطأ جدار المجرى نفسه فيضيع وقته سدى في تمزيق هذه الأنسجة التي تكتنف المجرى ، والتي تكون شديدة الوعائية غير متمكن من توصيل القسطرة الى المثانة . وهذه غلطة شائعة جداً

فعلى الجراح ، قبل محاولته ادخال القسطرة الى المثانة ، أن يتحقق من شق المجرى ولا بد أن يرى الغشاء المخاطي ، وان يضع فتلة دقيقة في كلتا حافتي المجرى لكيلا يضل . فاذا ما رأى الغشاء المخاطي فعليه مداومة النظر اليه حين قطع الضيق . وربما كان ذلك أصعب مما يظن ، لكنه هو الطريق الوحيد

فاذا لم يستطع اقتفاء الغشاء المخاطي بعد الضيق الى التمدد القريب من المثانة فعليه أن يشق البصلة ، في الخط المتوسط تماماً ، وهو لا بد أن يصادف المجرى حيث تكون متمددة أعلى الضيق

الختان

هل عجب أن تعرف أن الختان من أروء ما يعمل من العمليات . إن اهمالنا عظيم ، في هذه العملية ، ومع ذلك فالطبيعة أرحم من أن تعاقبنا على اهمالنا إذ كثيراً ما تحسن نتيجة العملية الرديئة .

فمن الحوادث الحادثة قطعك جزءاً من الحشفة عند الصمخ البولى ، وأنت تقطع القلفة

وهذا مما يقتضى تعباً شديداً وعناية خاصة فى العلاج بعد العملية لاتقاء ما عسى أن يحدث من الضيق

وقد يقطع من القلفة أكثر مما يلزم ، فيتعرى القضيب ، وقد يقطع أقل مما يلزم ، فتتغطى الحشفة بالقلفة مما يقتضى الختان ثانياً

وذات مرة حاول جراح قليل الخبرة ، أن يقطع القلفة كلها فدفع القضيب متعمداً لدرجة أنه بعد أن انتهى من عمل المقرض وجد أنه أحدث جرحاً هلالياً فى العانة بينما بقى القضيب على حاله . والرأى فى مثل هذه الحالة خياطة الجرح الهلالى ، وعلاج الفيوموسس بعمل شق فى ظهر القلفة . ورجوع الفيوموسس ، بعد العملية يكون عن عملية غير كاملة لعدم شق القلفة حتى يصل الشق الى تاج الحشفة . ويفضل خياطة الجلد

والغشاء المخاطى بكالتجت دقيق عند موضع الشق لضمان عدم رجوع الفيوموسس وقد تكون القلفة ملتصقة بالحشفة فاذا ما نزعتم عنها فقد تزال طبقة من البشرة الحشفية . فاذا حدث ذلك كان من الضرورى دهن الحشفة بقليل من الفازلين المعقم مخافة التصاق الضمادة بالحشفة . وأحياناً لا يمكن اتقاء هذا النقشر الحشفي ، ووقئئذ يكون من الضرورى جداً وضع الفازلين المعقم مخافة أن يحدث شىء من النقرح ، أو أن يلتصق ما بقى من القلفة بالحشفة التصاقاً دائماً

وقد يطول زمن النقه عقب الختان عن قطع القيد مما يتولد عنه تقرح مزمن متعب . فمن حسن الصنعة اتقاء قطع القيد ، فى كل الأحوال ، فى الشباب ، وفى أغلب الأحوال فى الأطفال . وقد تخالف هذه القاعدة فيهم

وقد مات كثير من الأطفال عقب الختان بسبب النزف . فيجب تحذير الأمهات وتعليمهن ألا يتمهين فى طلب الاسعاف إن رأين نزفاً من الجرح . وعلى الجراح ألا يتباطأ فى ربط الوعاء النازف مجتهداً بغيره من الوسائل كتجميد التضميد باسم فراير فعباً يحاول وقفه بغير الربط

وإنه وإن يكن من الصعب المحافظة على الطهر العام إلا أن ذلك لا ينهض عذراً

للجراح في توانيه عن النظافة بأقصى ما يمكن سوانه آكان ذلك في أثناء العملية أم في العلاج بعدها . فكثيراً ما رأيتُ الحمرة وقد سمعت الى الجرح وحوله ، والتقيح الحاد في الغدد المفاوية في الأريية ، والسّم الدموي العفن مما كان سبباً في طي صحيفة المرضى . وما كلهم يمرضى لأن الختان في بلادنا ، مستحب شرعاً فيعمل للأطفال وهم أصحاء . وقد رأى بعضهم الختان في طفل ، وقد أعقبته قرحة سفلية في موضع الختان . وكان السبب أن الطفل كانت تعالجه قابلة مصابة بالسفلس

ولست أستطيع فض هذا الفصل ولما أذكر المشاهدة الغريبة الآتية :

ذهب شيخ الى جراح يستشيرهُ لقرحة في قضيبه . وكان مصاباً بفيموسس ، ولم يكشف عن حشفته . وقبل ذهابه الى الجراح بيضعة أشهر شعر بشيء من التآكل في طرف القضيب يصحبه افراز صديدي . فاستشار طبيباً أخبره بأنه مصاب بالسيلان فرد المريض بأن هذا في حد المستحيل ، ولم يزد الجراح هذا القول الا اصراراً على رأيه . وبعد بضعة أشهر ذهب المريض ثانياً الى طبيبه . وكان في القلفة وقتئذ ، ورم مسطح ، أغبر اللون ، صلب ، قطره أقل من القيراط بقليل ، على وشك الثقرح في المركز . وكانت الغدد المفاوية في الأريية كبيرة صلبة . فبرز الطبيب رأسه قائلاً للمريض إن المرض سفلس . ولم يسمع مناقشة المريض في أن إصابته بهذا المرض في حد المستحيل تقريباً . أتدرى ماذا كان التشخيص ؟ إنه كان سرطاناً وقد دب في تاج الحشفة

وبمناسبة الفيوموسس والسرطان يحسن أن أذكر أنه قد ينشأ في آثرة الالتحام المتخلفة عن الختان القديم جداً

الخفّض

يقال خُفِّضَت الجارية على المجهول كختن الغلام خاص بهن بخلاف الختان فإنه شائع بين الفريقيين . والخفّض على ذلك ختان البنات . وفيه تقطع البظارة التي تكون بين أسكتي المرأة . وقلماً يدعى لذلك الجراح لأنه من عمل الخافضة^(١) . والمعتمد ألا يدعى الجراح إلا المأسوكة ؛ وهي التي أخطأت خافضتها فأصابت غير موضع الخفّض وإلا لمن حدث عندها نرف غزير

(١) الخافضة هي خاتنة النساء

الفصل الثاني والعشرون

أعضاء التناسل في الأنثى

استئصال المبيض أو الورم المبيضي

إن الاغلاط في تشخيص الأورام المبيضية كثيرة . فقد يشبه الجراح بالأورام المبيضية الأورام الكلوية ، والأورام الطحالية ، والأكياس المساريقية ، وأورام الأمعاء وغير ذلك من مختلف الأورام ، وكثيراً ما شبه الاستسقاء البطني بالكيس المبيضي ، والكيس المبيضي بالاستسقاء البطني . وقد بزلت المثانة الممتلئة بالبول ، والرحم المثقل بالجنين . على زعم أنهما أكياس مبيضية . ومن الصعب جداً اتقاء بعض هذه الاغلاط مع العناية التامة والفحص الدقيق . ومن السهل جداً اتقاء البعض الآخر مما يكون الوقوع منه من الإهمال العظيم . وعلمنا أن تقابل هذه الاغلاط والحوادث ، ونحن نرويها بشيء من الحمد والشكر ؛ لأنها تزيدنا اطلاعاً ، وتحذرننا من أشياء تجب علينا ملاحظتها ، وتهدينا في عملنا سواء السبيل . وليس من الحكمة ولا من السماحة أن نطرح مقترفي هذه الاغلاط وابلأ من الانتقاد المر ، وأن نندد بهم ونصرح بعيوبهم ضاحكين مستهزئين . فكل جراح صادق أمين منا نحن الجراحين لا بد أن يعترف ببعض الاغلاط التي لا تقل شأنًا عنها ، وكل واحد منا ، لو كان في عمره بقية ، وفي عمله وسعة ، لا بد أن يضيف الى اغلاطه شيئاً جديداً .

يقول لي صديق من الجراحين إنه لا يذكر أبداً أنه وقع في شيء من الاغلاط الشنيعة . ولست إخاله الاً صادقاً في قوله ، ولست أحتاج الى شيء من العناء لتأويل اعتقاده في نفسه . ذلك أن الانسان اذا لم يحاسب نفسه على عمله ، ويعود نفسه أن يتهم نفسه بنفسه فيما يعمل ، فهو لا يرى الاً صواباً . بل إن الانسان اذا حاسب نفسه واتهمها بما كسبت من الاغلاط فالطبيعة تسمح لنا بكل شفقة ، أن نسدل عليها حجاباً كثيفاً ، وننساها فلانذكرها . وربما كان في شفقة الطبيعة هذه شيء من السعادة للجراح ، لكن ليس فيها شيء من الوسائل التي تبعث على كمال الفن وتقدمه . وهل من اغلاط الجراحين (٢٤)

ينكر أن طريق الكمال صعب وعر؟ فما لم ينقش الجراح أغلاطه في صحائفه بحروف بارزة لا تمحى ولا تنطمس ، ويستذكرها لنفسه ، ويذكرها لغيره من الجراحين ، بقي ثابتاً في مكانه لا يتقدم وشابه ذلك القائد الخبير الذي شبهه فردريك الأكبر ببرذون معين فقال عنه إنه وإن يكن قد خدم في حملات ووقائع كثيرة إلا أنه كالبرذون بقي كما هو .
تمحل الأعداء أمر سهل ، ولكل غلطة أعداء يمكن تمحها . ولقد كان ، هناك ، أكثر من عذر ، لذلك الجراح الذي استأصل كيساً مبيضاً كبيراً من مريضته ، وبعد بضع سنين طلبت منه المريضة نفسها أن يستأصل لها الورم الذي نشأ في المبيض الباقي وقد قبل الجراح أن يعمل العملية . وفي أثناءها دفع الآلة البازلة في الورم الكبير الذي كان ناتئاً من الحوض . ولما لم يخرج من الآلة البازلة شئ من السائل أعاد البزل في موضع آخر ، بغير فائدة . فأعاد البزل في موضع ثالث . وقد حدث كل ذلك منه ولما يعرف أنه إنما يبزل رحماً موقراً^(١) بجنين . وانتهت العملية باستئصال الرحم ولا أراى بحاجة أن أذكر تلك القاعدة المعروفة الواجب اتباعها ، وهى اخلاء المثانة من البول قبل كل عملية لفتح البطن ، أو أن أذكر أن الحمل يجب أن يعرف في الوقت المناسب ، لا بعد فتح البطن . فاغفال هاتين القاعدتين إهمال عظيم يوقع الانسان في أغلاط شائنة

إن عملية استئصال الورم المبيضى عملية ما أسهلها إن لم يكن فيها التصاقات بين الورم والاعضاء المجاورة . يفتح البطن ، ويستخرج الورم من الجرح ، ويربط العنق ، ثم يقطع ، ويغلى بالبريتون ، ثم يقفل البطن . وإنه وإن تكن العملية بهذه السهولة إلا أن فيها مواطن للزلل . فالمعتاد ، اذا كان الكيس المبيضى كبيراً أن يصغر حجمه ، لاخرجه من الجرح ، بالبزل بآلة بازلة كبيرة . والغرض من هذا البزل هو أن يستطيع الجراح استخراج الكيس من أصغر جرح ممكن في الجدار البطنى . وهى خطوة غير مرغوب فيها ، والاعتراض عليها وجيه؛ ذلك أنك لا تستطيع أن تضمن عدم تلوث البطن بشئ من محتوياته . وكثيراً ما انتشر السرطان في البريتون ، أو الأورام الحليمية ، أو

الاورام الأدمية مما يتسرب من المحتويات في تجويف البريتون ، ودع جانباً خطر الالتهاب البريتوني ان كانت المحتويات غير طاهرة . والرأى أن يعمل جرح كبير فذلك خير من تعريض المريضة لهذه المضاعفات والطوارئ . على أن الكيس المبيض قد يهمل حتى يبلغ من الكبر حجماً لا يكون للجراح حيلة في إخراجه إلا بعد بزله .

ومن المضاعفات البعيدة ، بعد عملية استئصال الورم المبيض ، الانسداد المعوى ، الذى ينشأ عن التصاق عروة من المعى أو جزء من الثرب بعنق الورم . ولذلك ، يحسن أن يتوقع هذا الخطر في كل حالة فيبقى بتغطية موضع القطع من العنق بالبريتون ؛ إلا أن يكون العنق رقيقاً صغيراً فلا تدعو الحاجة الى تغطيته . أما اذا كان العنق غليظاً فيحسن أن يشق البريتون حوله وينزع قليلاً بشكل الكم ، ثم يربط العنق بعد اختراقه بالفتلة ، ويقطع . وبعد ذلك يخييط الكم البريتوني لستر السطح المتعري .

ومن المسائل المفيدة معرفتك أن الحمل قد يحدث عقب استئصال الورم المبيض في الناحيتين . وتعليل ذلك ان المبيض ليس عضواً متميزاً محدوداً كما تصفه وتصوره الكتب التشريحية ، وكثيراً ما تترك أجزاء من المبيض في العنق بعد استئصاله

وهذه الحقيقة حقيقة بالملاحظة الكى يعتمد عليها الجراح فيترك جزءاً من المنسوج المبيض في أثناء استئصال الورم المبيض في الناحيتين ، ويقى المريضة شر التآثيرات المكدره ؛ تآثيرات اليأس الصناعى قبل الأوان

ويعتقد رملى دوسون في كتابه تعليل النوع الذى يشرح فيه نظرية النوع الجديدة المبنية على المشاهدات الاكلينيكية مع ذكر الطريقة المؤدية لمعرفة نوع الطفل في بطن أمه وقبل ولادته وبيان طريقة الحصول على النوع المرغوب فيه من ذكر أو أنثى والذى نقلته الى اللغة العربية - ان المبيض الأيمن هو الذى يكون بويضات الذكور ، وان المبيض الأيسر هو الذى يكون بويضات الأنثى . مستنداً على المشاهدات الاكلينيكية وخص الفصل الثالث والعشرين من كتابه بالأحوال التى اعتمد عليها بعض الذين لا يؤمنون بنظريته للاعتراض عليها ؛ وهى الأحوال التى استؤصل فيها أحد المبيضين أو ورم مبيضى فى أحد المبيضين ثم ولدت المرأة المستأصل منها المبيض ولداً من جنس

المبيض المستأصل، وفي بعض الأحوال ولدت المرأة توءمين مختلفي الجنس بعد استئصال أحد المبيضين. وهو يقول في هذا الفصل:

« ولا ريب في فشل نظريتي حالاً إذا لم أستطع أن أعلل هذه الأحوال النادرة والتعليل باختصار هو أنه من الصعب جداً، بل من المستحيل غالباً أن نتحقق من استئصال كل النسيج المبيض بعملية استئصال أحد المبيضين أو الورم المبيض، ثم استأنف بعد كلام لا محل لذكره هنا:

ويحسن أن نلفت النظر إلى ما ذكره الدكتور دوبر^(١) الذي يوضح سبب وجود بقع من النسيج المبيض غالباً في الرباط المبيض، ويقول ان البقع المبيضية قد توجد أيضاً في الرباط المبيض الحوضي. وينسب وجود هذه البقع إلى جذب المبيضين من نمو الألياف العضلية في الأربطة المبيضية

« وفضلاً عن وجود النسيج المبيض في الأنسجة المذكورة فهناك دليل قوى يحدو بنا للاعتقاد بوجوده بين طبقتي الرباط العريض وغير متصل بالأربطة المبيضية أو المبيض، ثم استطرده بعد كلام طويل قائلاً:

« ولنتكلم الآن على المبيض الإضافي^(٢). لم يعرف للآن وجود مبيض ثالث بحجم المبيض الاعتيادي وشكله ووظيفته وبيوق فالوبيوس ثالث
« ورغمًا من ذلك فأحياناً يوجد المبيض الإضافي ولكن ليس بالتكرار الذي ذكره يبجل

« وهذه الغدد الإضافية هي كما يقول الدكتور بالانتين «أجزاء مضغوطة من الأعضاء الأصلية وانفصلت منها أثناء النمو، وتحدث كما يقول بمعدل ٢ - ٣ في المائة في الصفات التشريحية. وفي أحوال نادرة يشاهد المبيض منقسماً قسمين متساويين يمثل هذا الضغط
« وطالما أنكر المستر بلاند ساتون وجود مبيض ثالث حقيقي ولكنه يعترف بوجود شرح غائر أحياناً يفصل قطعة من المبيض انفصلاً كلياً يظهر معه هذا المبيض كأنه مبيضان منفصلان ببرزخ ضيق

Dr. Dauber. (١)

Supernumerary Ovary (٢)

« ومن الجائز أن ينشأ ورم في أحد الجزئين فقط ثم يكون سبباً في استطالة الهرنخ بثقله وجذبه حتى يحسبه الجراح في أثناء العملية الرباط المبيض فيقطعه بالمقراض تاركاً الجزء الثاني من المبيض بينما هو يدعى أنه قد أزال الورم المبيض جُمَّةً (١) »
فمن ذلك يتضح لك أن حدوث الحمل ، أحياناً ، بعد عملية استئصال الورم المبيض في الناحيتين يمكن تعليله كما يأتي :

(١) قد يترك جزء من المنسوج المبيض في العنق

(٢) قد توجد قطع اضافية من المنسوج المبيض :-

(أ) في الرباط المبيض

(ب) أو في أحد الرباطين العريضين بين وريقتيه

(ج) أو في الجزء المشرش من البوق

(د) أو في الأربطة الحوضية المبيضية

(٣) قد يوجد مبيض اضافي ثالث

أكياس الرباط العريض

تستأصل هذه الأكياس بالنقف . والقاعدة التي يجب أن تتبع ، ههنا ، كما تتبع في كل حالة تقف ، هي السير بالأصبع بالقرب مباشرة من المنسوج الذي يستأصل . وبهذه الطريقة يمكن اتقاء تمزيق الأنسجة المجاورة ، والتزف الغزير ، واصابة الحالبين . ولندكر أن الحالب قد يلامس مباشرة جدار الكيس الذي يكون بين طبقتي الرباط العريض

سرطان المبيض

كثيراً ما يحدث السرطان في المبيض ثانوياً إذ يكون السرطان الأولي في عضو بطني آخر . والسبب في ذلك أن الخلايا السرطانية قد تنفصل من الموضع الأولي ، وتنحدر الى أدنى موضع في التجويف البريتوني ؛ وهو رذب دو جلاس حيث تنغرس في المبيض .

ومن واجب الجراح أن يذكر ذلك ، وهو يفتح البطن لاستئصال المبيض السرطاني فقد يكون المرض الأولي كامناً في المعدة ، أو المرارة ، أو في المعى الغليظ ، أو في أى عضو بطني آخر . ولا يبعد أن يكون وقوفه على المرض في موضع آخر سبباً ثانياً لاعادة التدبر في اجراء استئصال الورم المبيضى . على أنه قد يحسن ازالة الورم المبيضى ، اذا كانت العملية سهلة ، ارادة التلطيف ، لأن هذه الأورام سريعة النمو ، فتصل الى حجم كبير . أما اذا كان استئصال الورم مما يستدعى عملاً طويلاً لارتباك الأعضاء والأنسجة المجاورة فالتنحي عن العملية أفضل

الالتهاب البوقى

إن الخطرين اللذين يهددان المريضة عقب استئصال بوق فالويوس المتهب هما اصابة المعى ، ونشر العدوى . ولا شك أن الصدمة خطر آخر اذا طالت العملية . أما مسألة انتشار العفونة في عامة التجوييف البريتونى فأقل حدوثاً في الأحوال المزمنة منها في الأحوال الحادة ، فهو في الحادة خطر حقيقى . ولاتقاء الخطر يلزم عزل ميدان العملية عن سائر التجوييف بالحشو بالدسام ، وتجنيف كل ما يتسرب من الصديد في التجوييف الحوضى بأسرع ما يمكن ، مع المحافظة على جفافه في اثناء العملية كلها . وليس من الضرورى عمل التصفية في كل حالة ، والخبرة هى الوسيلة التى يسترشد بها الجراح في معرفة متى تكون التصفية ضرورية . والقاعدة الاتجاء اليها في أحوال الشك . وكذلك اذا وجدت التصاقات عظيمة في اثناء العملية ، لما يعقبها من الرشح الدموى . وتعمل بوضع أنبوبة من المطاط لمدة يومين على الأكثر . فاذا ما تركت الأنابيب زمناً أطول فانها تصير كالأجسام الغريبة تهيج الأنسجة وتجعلها مأوى صالحاً لما عسى أن يكون موجوداً من الميكروبات الشريرة

وقد يعذر الجراح ، اذا أصاب المستقيم ، وما هذا العذر بعذر للتراخي . فليحذر الجراح وليستعمل الوسائل الضرورية اذا نال المستقيم شىء من الأذى . والخطر كل الخطر هو تجاوز جرح المستقيم بغير معرفته كما في الحالة التى ذكرها المستر بلاند ساتون^(١)

ففيها أحدث الجراح مرقاً في المستقيم، وهو يستأصل استسقاء صديدي في بوق فالوبيوس ولم ينتبه إليه . وأمر أن يعمل لها حقنة شرجية بحلول ملح الطعام بمقدار ثلاثمائة جرام بعد العملية بساعتين . فدخل السائل من المستقيم خلال التمزق الى التجويف البريتوني بعواقب موبقة

وقد ترى النواصير العنيدة جداً عقب استئصال الملحقات العفنة . وتكون كسائر النواصير التي تعقب عمليات فتح البطن ، من وجود غرز منقيحة . وهذه الغرز أو الأربطة أكثر ما تكون غائرة في الحوض ، فلا تخرج بسهولة ، وعلى ذلك تظل النواصير بضع سنين منبع مضايقة . ويمكن انقاء هذه المضاعفة باستعمال أدق نوع من خيط الكاتجت ينفق وسلامة الخياطة أو الربط . وليداوم الجراح على استعمال الكاتجت في جميع الأحوال التي يستأصل فيها الأبواق الملوثة العفنة ؛ لأنه يمتص بسرعة ولا يقوم سبباً للنواصير المنعصية

ووجه الصواب في الجراحة أن يستأصل الرحم مع الأبواق الملوثة العفنة لأن الالتهاب الرحمي مرافق للالتهاب البوقي . هذا الى انه اذا ترك الرحم فقد يثنى ويميل الى الخلف بالتصاقات خلفية تحول دون راحة المريضة في المستقبل

الحمل خارج الرحم

إذا تمزق الحمل خارج الرحم في التجويف البريتوني حدث نزف غزير سريع يبعد أن تؤول أعراضه خطأ . لكن ذلك غير مطرد . فقد يكون النزف أقل غزارة من أن يجعل التشخيص واضحاً ، ووقتئذ لا يبعد الغلط . فقد تحسب الأعراض ، من ناحية ، أنها حالة حادة في البطن كالثقب القرحة المعدية مثلاً ، فيعمل الشق في غير الموضع المناسب ، وتطول العملية بغير مبرر . وقد تحسب من الناحية الأخرى ، أنها حالة اجهاض ، وبمناسبة هذه الاغلاط ، يحسن أن أذكر أن الدم قد يتجمع بدرجة عظيمة في الحوض بغير أن يسهل ادراكه بالجلس ولو وجد ورم بالقرب من الرحم فيه شيء من المضاضة . ولعل حرارة المريض خير وسيلة تساعدنا على معرفة الأحوال

إذا نظرنا إليها مع العلامات الأخرى جملة واحدة . والمعتمد أن التجمع الدموي الحديث في التجويف البريتوني لا بد أن يصحبه غالباً ارتفاع في الحرارة إلا إذا كان المريض في دور الهبوط والانحطاط، بينما أن الحرارة لا ترتفع في حالة أحوال الاجهاض الطاهرة . وكذلك يختلف الألم في حدوثه وسيره في الحالتين ، فهو في حالة يحدث فجائياً ويصير مستمراً ، ويحدث في الأخرى تدريجياً ، ويكون منقطعاً . هذا الى أن فتحة عنق الرحم لا تكون متمددة رخوة في الحمل خارج الرحم على غير ما هي الحال في الاجهاض ولست بحاجة الى أن أذكر أن السرعة في العملية ضرورية في حالة تمزق كيس الحمل خارج الرحم ، وأن أول ما يجب على الجراح عمله ، بعد فتح البطن ، هو محاولته وقف النزف . وهذا مما يتم بوضع جفت طويل على الرباط البوقي المبيضى الذى يسير فيه الشريان المبيضى . و بوضع جفت آخر على الجزء الرحمى من الرباط العريض لأن الفروع الانتهائية من الشريان الرحمى تسير فيه

ولا بدّ من الفحص عن حالة الملحقات الرحمية في الناحية الأخرى ؛ لأن البوق الآخر يجوز أن يكون مثقلاً بمجنين أيضاً ، كما يجوز أن يكون فيه مرض آخر ، كالاستسقاء البوقى مثلاً ، تهمننا معرفته ، ولو لم يكن الوقت مناسباً لهذه المعرفة لخطورة الحالة التى تكون فيها المريضة مما يمنعنا عن عمل ما يلزم للناحية الأخرى ، اذا كان فيها شئ مرضى ، فى الوقت نفسه

ولتعلم أن الحقن بالدم فى الوريد من الوسائل التى لا يصح أن ينساها الجراح ، فقد يفيد الحقن فى نجات المريضة ، وقد فشلت الوسائل الأخرى فى بعض أحوال النزف الحاد من الإجهاض البوقى أو تمزق كيس الحمل خارج الرحم

الرحم

سبر الرحم بالمجس

إن لادخال المجس فى الرحم لسبره للفحص عن حالته حوادث مؤلمة وفواجع ثقيلة ولعلّ ادخال العفونة بإدخال المجس من أخطر الحوادث . فقد ذهبت مريضة الى

طبييها مستشفية من أعراض معينة دفعته لسبر الرحم بالمجس؛ مما أعقبه التهاب بريتوني
كاد يفقدها حياتها

والمضاعفة الثانية هي انثقاب الرحم . فقد كان أحد الجراحين على وشك كحت
الرحم لعدم رجوعه الى حالته الأصلية عقب ولادة بسبب احتباس جزء من المشيمة
أو الغشاء . فابتدأ عمله بإدخال المجس ولشد ما دهش اذ وجد أن المجس قد دخل
مسافة طويلة بغير عائق . وبجس البطن امكنه أن يشعر بطرفه تحت الجدار البطني .
وأنه وان لم يستعمل قوة في ادخال المجس إلا أنه قد ثقب الرحم . وتعلم أن الجدر
الرحمية تكون رخوة ، وتبقى كذلك ، حيناً من الوقت ، عقب الاجهاض أو الولادة ،
ووقتئذ يسهل جداً ثقبها بالمجس ، أو بالمدد ، أو بملقعة الكحت

وهذا مما ينطبق أيضاً على الرحم ، وقد دب فيه السرطان ، ويكون الانثقاب
ههنا أشد خطورة ، لأنه قد يساعد على انتشاره في عامة البريتون

ومما يصح تسجيله في حوادث التساريخ الطبي ادخال المجس في الرحم الحامل .
وحسبك ، أيها الجراح ، من هذه الحوادث ذكرها . والوجه في اتقاؤها اتقاؤها

ولا أراني بحاجة ، في هذا العصر ، الى أن أقول إن من الواجب ألا يدخل الجراح
المجس إلا بالمعينة . فهي خير طريقة لاجتناب التلوث والغفونة . وما دعانا الى التنبيه
الى هذه المسألة إلا تمسك البعض بالطرق القديمة التي لا تزال قائمة الى الآن .
واليك قصة :

أرسل طيب مريضة الى المستشفى لأنها مصابة بأورام ليفية في الرحم . وقد قال
في رسالته إنه أدخل المجس الى باطن الرحم نحو أكثر من أربعة قراريط . والعجب
أن تعلم أن هذه المريضة قد استؤصل رحمها منذ مدة طويلة . ولا أدري كيف أدخل
الطبيب المجس ، وفي أي طريق ساقه

ومن الحوادث الغريبة ادخال المجس في كيس الحمل خارج الرحم مما أعقبه نزف

غزير فهبوط المريضة

التمديد أو التوسيع

كثيراً ما يتمزق عنق الرحم ، في أثناء التمديد . وليس خطر هذا التمزق منحصراً فيما قد يحدث عنه من النزف والنفوثة . بل الخطر الجلل هو أن يصبح موضع التمزق مقراً للسرطان في المستقبل . ومن الضروري أن يحسب الإنسان ذلك خطراً قياساً على ما نعلمه من الظروف التي تسبق ظهور الورم الخبيث ؛ وسواءً أضح ما حسبناه أم لم يضح فليس من حسن الجراحة تمزيق العنق في أثناء التمديد . ولعل السبب محاولة الجراح الحصول بالممدد بقوة وبسرعة على أكثر مما ينتظر منه . فان أردت ، لسبب ما ، أن توسع مجرى العنق أكثر مما وصلت إليه بغير تمزق فلتعتمد الى قلم من اللامنارية ، وتضعه قبل عملية توسيع العنق بنحو اثنتي عشرة ساعة . وعليك اذا استعملت قلم اللامنارية أن تربط طرفه بشريط أو بفتلة متينة لأن طرفه الذي يكون في باطن الرحم يمدد أكثر من الجسم الذي في مجرى العنق مما يستدعي شيئاً من القوة لاستخراجه .

أما مسألة توسيع عنق الرحم توسيعاً يكفي لإدخال الأصبع في باطن الرحم لتعرف حالته فتروكة لحكم الجراح ورأيه . وتعلم أن استعمال ملعقة الكحت للكحت في الظلام مما يبعث على الخداع ، ولهذا يستحسن بعضهم ، أن يتحرى باطن الرحم بالأصبع . فقد ذكر مثلاً ، أن أحدهم قد وسع عنق الرحم ، ثم كحت باطنه ، علاجاً للقيء^(١) . ومع ذلك فقد وصل الحمل الى التمام . فلو أن هذا الجراح تحرى باطن الرحم بأصبعه ، في هذه المريضة ، لعرف أن الجنين لا يزال عالقاً .

وفي رواية أخرى ، كحت الجراح باطن الرحم كحتاً جيداً مدة خمس دقائق . وبعد ذلك فحس عن تجويف الرحم بأصبعه فوجد جنين أربعة أشهر كاملاً بمشيمته . ومن الحق أن نقول ان الأصبع والمعلقة قد لا تصلان الى قطعة من المنسوج المشيمي تكون في باطن الرحم ، لكن تجاوز هذه القطعة أكثر حدوثاً باستعمال المعلقة منه باستعمال المعلقة والأصبع . وتعلم أن أكثر الأحوال التي تستدعي الاستعانة بالأصبع هي أحوال الإجهاض التي يسهل فيها عمل التوسيع اللازم لمروء الأصبع في مجرى العنق

(١) القيء كثرة النى .

الكحت

ما أشد خطر هذه العملية، وما أكثر عدد أحوال الانتقاب. لكن الطبيعة، لحسن الحظ، كثيراً ما تدرأ الخطر، وتقلل العواقب الوخيمة. فإن لم تعطف علينا الطبيعة فقد تنتشر العفونة أو السرطان في عامة التجويف البريتوني. واليك بعض الحوادث المؤلمة:

عملت عملية الكحت الرحمي لمريضة، على زعم أنها في حالة اجهاض. وبعد ذلك قبلت بالمستشفى وخارج من عنق رحمها نحو اثنين وسبعين قيراطاً من الامعاء الدقيقة. وتعلم أن الانتقاب بالملقعة، كالانتقاب بالمجس، كلاهما أكثر حدوثاً في الاجهاض والحمل والورم الخبيث الرحمي لرخاوة الجدر في هذه الأحوال

وقد يحدث أن يكحت الرحم كحتماً كاملاً بقوة قد يتخلف عنه انقطاع الطمث انقطاعاً كاملاً دائماً، فقد دعى أحد الجراحين لعلاج مريضة محصنة عمرها إحدى وثلاثون سنة. وكان تاريخها المرضي أنها أصيبت بنزف رحمي شديد دائم فأجريت لها عملية الكحت منذ ثلاث سنين. وبعد العملية انقطع الحيض تماماً. ولم يكن الرحم كبيراً وكانت تشكو من صداع شديد وتوعك مستمر

ولقد دعى جراح آخر لعمل عملية استئصال الرحم لاستسقاء دموى رحمي تخلف عن عملية الكحت. وبالفحص عن الرحم فحوصاً كاملاً، عقب استئصاله، اتضح رتق^(١) كامل في الفوهة الباطنة لعنق الرحم

وتعرف مريضة اضطر طبيها المعالج الى اجراء العملية القيصرية لها للولادة التام، وقد تعذر خروج الطفل بالطريق الطبيعي لعدم تمدد العنق. وذكرت المريضة في تاريخها الطبي أنها خضعت لعملية الكحت مراراً

ولاتقاء هذه الأغلاط، لا بد من استعمال ملقعة كالة للكحت في جميع الأحوال التي يمكن أن يكتفى فيها بها كما اذا أردنا استخراج حواصل الحمل. أما في الأحوال التي تكون فيها الملقعة الحادة ضرورية فيجب استعمالها بكل رفق وعناية وحرص. وإياك أن تستعمل القوة في الكحت. ولا تحسبن أن القوة معناها الاتقان. ولتحرص الحرص

(١) الرتق الكامل ترجمة. Complete Atresia.

كله فلا تحقق الغشاء المخاطى العنقى مما قد يكون غرض الجراح من العملية، في أثناء العملية

واكثر ما تكون عملية الكحت لعلاج الغشاء المخاطى المبطن لجسم الرحم و يروى أحد الجراحين أنه رأى، مرات كثيرة، وهو يعمل عمليات فتح البطن لسيدات أجريت لهنّ عملية الكحت قريباً، التصاقات أو لفا متعضونة على سطح الرحم، وهو يعتقد أن هذه الالتصاقات أو اللفاف دليل على ظاهرة التهابية متوسطة الشدة في الجدار الرحمى عقب كحته . وربما كان سبب هذا التهاب هياج الغفونة الكامنة في بعض الأحوال، ومسح باطن التجويف الرحمى بالأشياء الكاوية في البعض الآخر بقى على أن أذكر شيئاً آخر قد يكون سبباً للخطر والمتاعب عقب الكحت . ذلك أن المرضى اللاتى عندهن التهاب مزمن فى الأبواق الرحمية والملحقات قد ينزفن كثيراً، فى أثناء الطمث. وربما استدرج هذا النزف أو غيره من الأعراض والعلامات الطيب للتوصية بعمل الكحت . فاذا أجريت عملية الكحت، فى مثل هذه الأحوال، فالخطر قريب، لأن العملية كثيراً ما تشعل التهاب العفن الحاد فى الملحقات والبريتون الحوضى . فحتم على الجراح أن يتحرى حالة الملحقات قبل أن ينصح بعملية الكحت

استئصال الرحم

أول خطوة، بعد فتح البطن، فى عملية استئصال الرحم الكبير، هى جذبك اياه من الجرح، هذه الخطوة ضرورية جداً لأن إهمالك إياها يوقعك فيما وقع فيه أحد الجراحين وقد حاول أن يستأصل الرحم بسبب ما فيه من الأورام الليفية بغير أن يجذبه الى الخارج، من الجرح، فحدث نزف غزير من وعاء لم يتيسر له الوصول اليه فنزيت (١) منه المريضة فماتت، ولما تنته العملية

وقد يجذب لإخراجه بجفت بمشبيكين يوضع على جزئه العلوى. وليست هذه الطريقة من حسن الجراحة فى شئ لأنك قد تساعد الخلايا السرطانية والمواد العفنة على

(١) يقال نرى الرجل على المجهول نزوا اذا نرف شديداً

التسرب الى التجويف البريتونى . وخير من الجذب بالجفت استخراجك الرحم
بجذبك اياه باليد ، فان لم تستطع فضع الجفوت الطويلة على الرباطين العريضين ،
على جانبي الرحم ، واجذب بهما أيضاً

ومعرفتك التشرح معرفة دقيقة ضرورية جداً فى عملية استئصال الرحم ضرورتها
فى سائر العمليات الجلية . فربطك الرباط العريض ، مع تضمينك فى الربط الرباط
المبروم يقطع سير الدم من الشريان المبيضى ومن الشريان الصغير الذى يصحب
الرباط المبروم، ويتفرع من الشريان الشراسيقي الغائر . ولا يبقى بعد ذلك الا شريانان
عظيمان هما الشريانان الرحميان . وبعبارة اخرى تكفى أربع ربطات ، اذا أحكمت
تماماً ، لاتحكم فى أغلب الغذاء الدموى الواصل الى الرحم . ومن الغلط الشائع ربط
الشريان الرحمى غالباً بجانب الرحم . فاذا عملت هذه الغلطة فالجراح يفتح الشريان
فى مستواً سفلى فيفيض الجرح بالدم ، ويرتبك الجراح فى امساكه بالجفت . فلتبحث عن
الشريانين الرحميين ، فى أول العملية ، ولتربطهما بالقرب من موضع قطعهما دفعة واحدة
وقد تؤذى المثانة البولية بطريقة أو بخرقتين :

(١) قد تخطط الشريجة البريتونية المقدمة فى مستواً سفلى ، وقد يدهش الجراح
اذا عرف أنه قد قطع الجدار المثانى وهو يقطع هذه الشريجة . ولتعلم أن خط تلاقى
المثانة بالرحم مما يمكن رؤيته بالنظر الدقيق لا بالمشح السريع
(٢) وأما الطريقة الثانية فاصابة المثانة بالإبرة أو ان خياطة الشريجة البريتونية
المقدمة بالشريجة الخلفية اذ يعوض الجراح بالإبرة فى الشريجة المقدمة
وفى عملية الاستئصال الرحمى الكامل يتعرض الحالبان لأنواع مختلفة من الخطر ،
وهى :

- (١) قد يمسك الحالب عارضياً فى الجفت
- (٢) وقد يقطع
- (٣) وقد يستأصل منه جزء
- (٤) وقد يتغفر الحالب من حرمانه من غذائه الدموى .

ولاتقاء كل هذه الأنواع من الخطر يحسن توضيح الحالبين ، في مبدأ العملية ، ومدائمة النظر اليهما والحرص عليهما . وسيفصل الكلام في ذلك تفصيلاً في آخر هذا الفصل إن شاء الله

العفونة والتلوث

إن من الصعب جداً اتقاء التلوث عقب عملية استئصال الرحم استئصالاً كاملاً لسرطان العنق . ويمكن تقليله ، كما يمكن تنحية العواقب الخطرة بتجهيز المريض تجهيزاً كاملاً ، واستعمال الدش المطهر ، وبحشو المهبل حشواً بعناية قبل قطعه . وأحياناً نضطر الى الحشو بالدهن لمنع الرشح الدموي من الأجزاء الغائرة في الجرح الذي في الحوض ، ثم الى ضم البريتون أعلى هذا الحشو ورفع الدهن ، في فرصة أخرى ، من المهبل . ويقوم على هذا العمل اعتراضات كثيرة ؛ منها أن الدهن يصير عفناً سريعاً ، وقد ينسى جزء منه ، ويترك عفناً منتناً يخرج بسببه افراز غزير لا ينقطع الا اذا عرف السبب . ويحسن ، على كل حال ، عدم الحشو بالدهن بهذه الطريقة

النزف عقب العمالية

قد يطرأ هذا النزف ، وقد يحدث قلقاً عظيماً ، كما حدث لبعض الجراحين في حالة استئصال رحمي غير كامل لأورام ليفية . وكانت العمالية بسيطة سهلة ، الا أنه أعقبها نزول دم أحمر من المهبل . ولم يكن الدم غزيراً ، أولاً ، ولذلك لم يفكر فيه الجراح كثيراً ولم يحسبه أنه من وعاء عظيم . وبعد بضعة أيام استدعى الجراح لأن النزف صار مزعجاً . فأعطيت المريضة المخدر ووجد الجراح أن الجزء الباقي من العنق كان متمدداً تمدداً عظيماً ، وفيه جلط دموية . وبعد تنظيف العنق من الجلط وضع الجراح الجفوت على طرف الشريانين الرحميين . ولكن سقط أحد الجفوت وفيه طرف الشريان الرحمي الأيسر . وكانت ربطته في محلها وضابطة النزف . وقد شوهد أن طبقات الشريان ، قبل الرباط بنحو قيراط ، تعلوها جلط دموية مما دل على أن الشريان قد جرح ، في هذا الموضع ، في أثناء العمالية .

ورأى الجراح انه لا بد أن نال هذا الشريان بالابرة وهو يخيظ الشريجة البريتونية المقدمة بالشريجة البريتونية الخلفية، وربما أخذ جزءاً من جدار الوعاء في الحياطة . ولحسن الحظ لم يتكرر النزف، وتمثلت المريضة من عمليتها

إصابة الخالب في العمائات التناسلية

يتعرض الخالب للخطر في عمليات مختلفة . فقد يؤدي الجزء السفلي من الخالب ، في أثناء عملية سقوط الجدار المقدم من المهبل ، أو والجراح يفصل المثانة من الغشاء المخاطي المهبل ، وبقايا الصفاق الحوضي . أو والجراح يخيظ الصفاق . لكن الأذى أكثر ما يكون في عملية استئصال الرحم للورم الخبيث ؛ وقد يحدث أيضاً في العمليات الأخرى التي تكون داخل الحوض ، ولا سيما ذلك اذا تغيرت العلاقات التشريحية ، كما يحدث في الورم الليفي في العنق اذ يكون الخالب قريباً جداً من العنق الضخم لا منفصلاً عنه بنحو ثلاثة أرباع القيراط . واكياس الرباط العريض قد تقترب من الخالب فتجعله في منطقة الخطر .

ومن المهم ، لتقليل خطر اصابة الخالب ، ان تعرف تماماً موضعه بين الأنسجة ، وأن تعين هذا الموضع وتكشف عن الخالب ، في الدور الأول من العملية اذا كانت مما يحتمل جداً أن يصاب الخالب فيها كعملية فرثيم^(١) لاستئصال الرحم للسرطان .

ولعل أكثر المواضع التي يصاب فيها الخالب هو حيث تعبره الأوعية الرحمية، وقد يُذمجه الجراح في الربطة التي يضعها على نياط المبيض^(٢) لضبط الشريان المبيضي في موضع أعلى الأوعية الحرقفية الظاهرة؛ ففي هذا الموضع يقترب الخالب من الشريان المبيضي واذا لاحظ الجراح أنه قطع الخالب ، في أثناء عمله ، فليسلط طريقاً من ثلاث :

(١) الوصل بادخال الطرف العلوى في السفلى ، وتثبيتته بفرز

(٢) أو غرس الطرف العلوى في المثانة ؛ وذلك حينما تستأصل قطعة من الخالب

(١) Wertheim.

(٢) نياط المبيض ترجمة . Suspensory ligament of the ovary.

(٣) أو ربط طرفي الحالب ، وذلك ان لم تسمح حالة المريضة بتطويل العملية ؛ لأن هذا الربط لا يستغرق زمناً ، ويلزم أن تكون الكلية في الناحية الأخرى سليمة وكذلك حالب الناحية الأخرى

العملية القيصرية

ما أكثر التعصب والتحامل في مسائل علاج الولادة . ألم تركيف قاوم القوم قديماً ؛ استعمال التخدير لتلطيف أوجاع الولادة مقاومة أغار^(٢) القوم فيها الى القس العزب . وهل ، أنك ، حديثاً ، خبر تردد رجال الطب ونفورهم من أن يسمحوا للسيدات من الانتفاع بالعملية القيصرية . ولعل السبب في هذا التردد نوع من اللبس والاختلاط فالعملية القيصرية على نوعين :

فالنوع الأول ما يعمله الجراح نظيفاً مع تعمد وسبق اصرار والنوع الثاني ما يعمله الجراح عفواً أو اتفاقاً مع سبق الفحص عن المهبل مراراً ، وسبق محاولته اخراج الجنين بالطريق المهبل ، مما يكون قد أضعف الوالدة والفرق عظيم بين النوعين ؛ ففي النوع الأول تكون الأم سليمة ، وكذلك الجنين . وفي النوع الثاني يكون الجنين مائتاً . والأم ميتة ، أو على الأقل مصابة بشيء من التمزق في أعضاء التناسل

ولست أشك في أن عدد المترددات على عيادات أمراض النساء يقل كثيراً إذا ما وجه القوم عنايتهم لاستثمار العملية القيصرية في أحوال غير الولادة . فعلياً أن نتجنب إصابة الجدار السفلى الحوضي ، وأن نتنحي عن ائلاف رأس الطفل اتلافاً قد يحدث الوفاة أو العته أو التشوه ، وعلينا أيضاً أن نتحاشى استعمال الآلة الفظيعة - جفت الولادة - لكن من العبث أن يحاول الانسان اخراج القوم من عاداتهم ، بل من العبث الخروج من عاداتهم

(١) يقال أغار فلان الى بنى فلان اذا جاءهم لينصروه

(٢) الميت بالتشديد الذي لم يميت بعد بل سيموت

لكن ليس ما يمنعنا من أن ننصح كل حامل ، بل أن نلح عليها لقياس حوضها -
الفتحة العليا والفتحة السفلى - قبل أن يجيئها المخاض . فتستسلم للولادة الطبيعية وعسرها
وأن ننصح لها بطلب معرفة النسبة بين فتحة الحوض السفلى ورأس الجنين . ولا تقبل
الاعذار في التراخي عن هذه الوسائل الوقائية

وربما كان معظم النكبات التي تعرض عقب استخراج الجنين بالعملية القيصرية
ناشئة عن محاولة سابقة لاجراج الجنين خلال الطريق الطبيعي . والخطر كل الخطر ،
في هذه الحالة ، من العفونة ، ولا يؤمن جانبها إلا بعمل العملية ولما يمزق الكيس الأمنيوسي
والمعتاد ألا يحدث نزف غزير اذا عملت العملية بمهارة متوسطة ، إلا أن يكون
الشق الرحمي في غير الموضع المناسب . والقطر المستعرض للرحم ينحرف عن المستوى
الأكليبي للمريضة ولذلك يلزم أن يعرف ، أولاً ، في أي ناحية من المريضة ظهر
الجنين ، ثم نعمل الشق خلال عمدة العضلة المستقيمة المائلة . وبعد فتح البطن يلزم أن
نتحقق من وضع الرحم بدقة لكي نعمل الشق الرحمي في متوسط السطح المقدم للرحم
فالجراح السريع يكون شديد الخطر في هذا الدور . فقد يشق الرحم في أي جزء منه
يعرض خلال الجرح ، فلا يبعد أن يكون الشق قريباً من الشرايين الرحمية ،
وقد يقطعها

وتمزق الرحم في أثناء الحمل المستقبل أو الوضع المستقبل من العواقب الخطرة للعملية
القيصرية . ويمكن اتقاء هذا الخطر بعمل الشق في الرحم في جزئه السفلى - مع عدم
التعرض للثلث العلوي من الرحم - وبخياطة الشق الرحمي بعناية . وههنا تكون السرعة
في العمل من دواعي الفشل ، وكما سمعت جراحاً يفتخر بعمله العملية القيصرية في خمس
دقائق تحققت ان احصاء عملياته لا بد أن يتضمن نسبة مئوية عظيمة من تمزق الرحم
في المستقبل والفتق البطني . فهل هذا الجراح في حاجة الى توفير بضع دقائق في هذه
العملية . أليس توفيره هذا الوقت مما يضر المريضة ضرراً بالغاً

ومما يزيد احتمال حدوث التمزق في الرحم في المستقبل هو التلوث العفن ، وهذه
المضاعفة لا يحتمل حدوثها عقب العملية القيصرية المنتظرة

و ذات مرة ، وأنا أعلم العملية القيصرية للحامل لم يأتها المخاض وان كانت قد استكملت زمن الحمل تذكرت شيئاً أخذته عن المجلة الطبية البريطانية وهو حشو الرحم بفوطة يخرج طرفها من المهبل . وعلى ذلك وضعت فوطة في الرحم ، بهذه الطريقة ، بعد نلها بمحلول ثلثي يودور الزئبق ، واقفلت الرحم ثم الجرح البطني . ولما أردت استخراج الفوطة من المهبل لم أجدها . ذلك لأن الفوطة بقيت في الجزء السفلي من الرحم لعدم بدء الوضع ، واضطرت لوضع الحامل في وضع شق العجان لتمديد عنق الرحم واستخراجها . وإنه وان ينشأ عن ذلك ضرر إلا أن هذه الغلطة الصغيرة تعلمنا كيف يجب أن نستقبل الجديد من الطب بكثير من التحفظ

أغلاط الحمل

عرفت جرّاحاً استشارته سيدة ، وأخبرته أنها تزوّجت منذ سنة ونصف ولم يبدُ عليها أو عندها شيء من أعراض الحمل . وبينت له أن مسألة الحمل مسألة جليلة الخطر ، وأنها تتوقع ولداً بفارغ الصبر . وكانت تغيب قليلاً ، مرات كثيرة ، عن زوجها . وأخيراً وافقت على الذهاب الى إحدى دور الصحة خاضعة للفحص الكامل عن الرحم بعد تمديد عنقه . وقد كان كل ذلك ، ولم يتضح شيء غير طبيعي . فمدد العنق ، وكحت الرحم ، واستخرجت المعلقة جنيناً صغيراً

و ذات مرة ، عالج طبيب سيدة لاجهاض غير كامل . وكان زوجها غائباً وقت العلاج . فلما عاد من سفره ذهب الى دار الصحة حيث كانت تعالج زوجها ليشكر للممرضات حسن معاملتهن لزوجه وليتعرف حالها . فأخبر أنها كانت مصابة باجهاض وان أراد ايضاً كافياً فعليه بالجراح . فذهب اليه وشكر له علاجه وعنايته بزوجه ، في أثناء الاجهاض ، وبعد قليل وجد الجراح التمس أنه في حالة حرجة إذ وصلتته دعوة يطلبه لتأدية الشهادة في دعوى الطلاق . لأن الزوج ، في أثناء مرض زوجته ، كان منفصلاً عنها وقد مضى عليه أكثر من سنة

ان هذه الحكاية تبين ما يجب على الجراح من الاحتياط والحذر وهو يتولى علاج السيدات ، ولا سيما ذلك اذا كن غريبات عنه ، في مثل هذه الحالة

واليك حكاية أخرى :

وجد لقيط مقنول في إحدى قرى مركز قليوب ، وفي أثناء التحرى عن والدته وصل المركز بلاغ من مجهول أن السيدة الغلانية وضعت قريباً ، وليس عندها طفل . فطلب المركز من مقتش صحة المركز الفحص عنها للتحقق من صدق البلاغ . وقد كان ، وفحص عنها الطبيب ، وقرر أنها في حالة نفاس ، وأشار بأرسالها الى مستشفى قايوب . وقد حضرت . هل أخبرك ماذا وجدت بالفحص عنها ؟ إنها كانت في الشهر التاسع من الحمل ، وفي الوضع تقريباً وكثيراً ما تغاضى الطبيب عن الحمل ؛ وهي غلطة شائعة جداً . ولقد ذكرت لك بعض الأمثلة ، واليك غيرها : -

رأى أحد الجراحين ، ذات يوم ، جراحاً آخر وهو يستأصل رحم سيدة عاقر محصنة عمرها أربعون سنة . ففتح البطن ، واستأصل الرحم الكبير . وبعد اتمام العملية ، ووضع الضمادة عمد الجراح الى الفحص عن الرحم المستأصل . فقال ، وهو لا يزال يفحص عنه ، صائحاً فرحاً : « انه سرطان في جسم الرحم كما ظننت » وبالتمادى في الفحص ، قطع ما حسبه سرطاناً فرأى جنيناً . وكان ما حسبه سرطاناً المشيمة . ولا تسب عما تولاه من الدهول والدهشة وحسبك أن تعرف أنه أجرى العملية بين لفيف من الجراحين حضروا لمشاهدتها

ويمكن أن يتمادى الانسان فيذكر امثلة كثيرة لمثل هذه الغلطة . وقد يكون بعضها مؤلماً . وفيما ذكرت الكفاية . وهذه الأغلاط تنشأ عن أسباب كثيرة منها !

(١) قد تذكر المريضة تاريخاً خطأً يستحيل معه الوصول الى الصواب

(٢) وأهم من ذلك الفحص عن المريض فحوصاً غير كامل والتسرع في إعانات

المريضة للعملية

فعلى الجراح أن يهتم بالفحص عن الثديين ، وعن افرازهما ، وعن رخاوة العنق ، وعن النفخ الرحمى الذى يسمع بالسماع ، وكذلك يجب تعرف أجزاء الجنين وحركاته ، وتعاقب الصلابة والرخواة فى الورم الناشئة عن الانقباضات الرحمية . فإن كنت فى ريب من أمر التشخيص فلتعتمد على الوقت فإنه كفيلاً بإظهار الحقيقة

افضل الثالث والعشرون

المستقيم الإصابات

زعموا أن المستقيم قد ثقبته أصبع الجراح في أثناء الفحص عنه ، وهو مما لا يطمئن الإنسان إليه إذا كان المستقيم سليماً . أما الانتقاب من منظار الاثناء السيني فأقرب ، وكذلك الانتقاب من مبسم المحقنة الشرجية .

ولتعلم أن هذا المبسم هو سلاح خطر في يد الممرضة الخرقاء مما يستدعى حذفه من جدول الأدوات الطبية ، وضمه الى جدول الأشياء الأثرية . وخير ما يستعمل ، بدلاً منه أنبوبة مرنة . لأن المستقيم ليس شديد الإحساس فتشعر جدرانه بالألم إذا ضغطت ضغطاً عظيماً

وإليك قصة عن إصابة عظيمة في المستقيم فأتت على الجراح بغير أن يدركها : كان المريض صانعاً فسقط الى الأرض من ارتفاع يبلغ بضعة أقدام . وكانت وراءه عجلة ثقالة اصطدمت يدها برجله في أثناء سقوطه . وذهب الى أقرب مستشفى . ففحص عنه الجراح النائب ولم يشتهبه في إصابة شديدة في المستقيم . فحجزه قليلاً تحت الملاحظة ثم صرفه . فأغشى عليه وهو في الطريق ، وشعر بألم في البطن ، مما جعل أصدقاءه يحملونه إلى مستشفى آخر حيث لم يشتهبه الجراح المقيم فيه في إصابة عظيمة في المستقيم واوصى بفصل المصاب من المستشفى .

وفي اليوم التالي قبل المصاب في مستشفى ثالث وهو على وشك الموت من حالة حادة في البطن ولم يوضح الفحص المستقيمي أى علامة على الرض الخارجى أو أثر الدم ، ولم يستدل على شئ بإدخال الأصبع في المستقيم . وحقيقة الإصابة تمزق عظيم في المستقيم نافذ في التجويف البريتوني . وكان المأمور القائم بالفحص عن أسباب الوفاة^(١) نكداً مشاجراً فلم يرحم الجراح النائب الذى أخرج المصاب من أول مستشفى

سقوط المستقيم

لقد مرَّ بك ، في فصل آخر ، أن سقوط الغشاء المخاطي للمستقيم في طفل أحدث أعراضاً حسبت خطأ تعمداً معويًا . والسقوط المزدوج في الناحيتين يمكن حسبه خطأ سقوطاً في المستقيم ، وان يكن ، من السهل التمييز بينهما ؛ لأن سقوط الغشاء المخاطي للمستقيم لا يحدث ورمًا اسطوانيًا . فكلا النصفين يسقط منعزلًا ، ممسوكاً من الطرفين المقدم والخلفي فيكون بينهما شق متوسط ؛ بينما أن سقوط المستقيم يكون بروزاً اسطوانياً يكتنفه ميزاب

ولعل النكبات التي صادفت الجراح في علاج سقوط المستقيم والتي لم تسجل في التاريخ الطبي كثيرة . وهي تنشأ عن الخطأ في التشخيص أو عدم الاهتمام بأن الغطاء البريتوني يصحب الجزء الساقط من المعى . ويحكي بعض الجراحين أنه رأى بعضهم وهو يشرع في ربط ما حسبه بوليبيوس في المستقيم . وما منعه من اتمام عمله إلا زيادة الورم زيادة فجائية عظيمة في أثناء العملية . فروع مما رأى ودعى زميلاً له لمساعدته . فأطلعه المساعد على حقيقة الأمر

البواسير

علينا ، قبل أن ننصح للمريض بالرضوخ لعملية استئصال البواسير ، أن نسأل أنفسنا : لم يصاب المريض بالبواسير ؟ لأننا إذا لم نتدبر في جواب هذا السؤال فقد ننصح الحامل للتضعع لعملية البواسير . وقد تقع في أغلاط أخرى ، كأن ننصح لمريض بالكباد المزمن أن يعالج بواسيره بالمشرب ؛ مع الخطر المزدوج من الكلوروفورم ومن الكباد نفسه

وقد أجريت عملية البواسير لمريض ، ذات مرة ، فأصابه بعد بضعة أيام ، إسهال مستمر ، مما استدعى الفحص عن المستقيم بالأصبع فوجد أن به سرطاناً عظيمًا منقرحًا . وقد مات المريض بعد قليل

عمليات البواسير

إن المعتاد تمديد العضلة العاصرة في أول العملية . وسواءً أكان هذا التمديد ضرورياً أم لا مسألة فيها نظر . لكن المهم أن يعمل التمديد بكل رفق وتبصر ، لأنه إذا عمل بقوة فقد يبطل عملها . وإياك أن تنوهم أن هذا الخطر وهمي . ويقول هارولد باروز ان سيدة قد استشارته لإصابتها بشلل في هذه العضلة عقب عملية البواسير . وكانت الاستشارة بعد سبع سنين . وقد أعيدت العملية بعد سنة رجاء أن يعود الى العضلة عملها . ولم ينفعها العلاج المتواصل بالكهربائية والرياضة زمناً طويلاً . وبقيت السيدة المسكينة على حالها من الشقاء ، رغم كل ذلك ،

ولتعلم أن النزف يكون كامئاً في المستقيم ، إن لم توضع أنبوبة ، ذلك لأن العضلة العاصرة تحجز الدم ، وتمنعه من الإعلان عن نفسه في الضمادة . وقد يستمر النزف حتى يشحب لون العليل . وقد لا يدرك . ولا تقاء هذا الخطر لا بد من معاينة ميدان العملية والتحقق من وقف النزف ، قبل أن يرسل المريض الى سريره . ومن وسائل الاحتياط الإضافية وضع أنبوبة في المستقيم وتركها مدة أربع وعشرين ساعة أو ثمان وأربعين . فهي تقف الدم بضغطها على جدر المستقيم ، وإن لم تقفه تصفى خلالها وظهر على الضمادة وربما ساعدت على اخراج الأرياح . ويعمل الجراح لكيلا تخنفي الأنبوبة في المستقيم بثبيتها بدبوس الأمن

ويحكي ، ذات مرة ، أنه حدث نزف وریدی خفيف عقب عملية بواسير ، واستمر ثلاثة أيام ، فأتعب المريض . فاضطر الجراح الى الفحص عن المستقيم بالأصبع ، فوجد كتلة برازية جامدة كبيرة فأزالها فانقطع النزف . ألا توضح هذه الحكاية ضرورة ما كان يجب ذكره ، أولاً ، من العناية بتجهيز المريض جيداً قبل اجراء عمليات المستقيم

ضيق المستقيم

إن هذه المضاعفة كثيراً ما تطرأ عقب عملية البواسير التي تستأصل فيها مساحة عظيمة من الغشاء المخاطي كيفما كان نوع العملية . ومتى ظهر الضيق فليس من السهل

علاجه . وفي بقائه للمريض عذاب . فلا بد من اتقاء هذه المضاعفة : مما يتم بوسيلتين فالوسيلة الأولى هي المحافظة على الغشاء المخاطي بقدر الامكان . والوسيلة الثانية هي الفحص عن المستقيم بالأصبع بعد العملية بأسبوعين . وما هذا الزمن بأقصر من أن يوضح الضيق الناشئ . وأما قبل ذلك فالفحص عن المستقيم بالأصبع مؤلم

الناصر الشرجي

من المعتاد أن يمدد الجراح العضلة العاصرة ، في هذه العملية ، تمديده إياها في عملية البواسير . ولا أرى هذه الخطوة ، ههنا ، ضرورية . فإن أبي الجراح إلا التمديد فليكن برفق ولطف خوفاً من ظهور الشلل الدائم . وقد رأى أحد الجراحين سيدة مصابة بهذا الشلل عقب عملية ناصور شرجي . وقد اعتادت هذه السيدة تناول المورفين لاحداث الإمساك رجاء منع التبرز في وقت غير مناسب . ولست على يقين تام أكان هذا الشلل نتيجة تمديد العضلة أم عن طريقة استئصال الناصور

ولا بد ، في أثناء فتح الناصور ، من العناية التامة ليكون شق العضلة العاصرة الظاهرة عمودياً على اتجاه أليافها ؛ لأنك إذا جعلت الشق منحرفاً فقد تبقى العضلة ضعيفة ضعفاً دائماً

ولا يقلل من شأن هذه النصيحة ندرة هذه المضاعفة عقب عمليات النواصير ؛ ذلك لأن أغلب النواصير لا تكون بين العاصرتين ، بل كثيراً ما يكون الطريق بين الغشاء المخاطي والعضلة العاصرة الظاهرة . على أن الطريق قد يكون بين العاصرتين ، ووقئذ يلزم الاحتياط

ومن المسائل الجديرة بالاهتمام ، في هذه العمليات ، اتقاء قطع العضلة العاصرة الباطنة ، إذا امتد طريق الناصور الى الأعلى في الأنسجة التي تكتنف الباطنة وتكون في الجهة الوحشية منها . لأن قطع العضلتين الظاهرة والباطنة مما يضعف قوة استمساك المواد البرازية ويزيد احتمال حدوث هذه المضاعفة

ووجود فتحتين ظاهرتين لا يدل على وجود ناصورين منفصلين . وإياك أن تشق

العضلة العاصرة في موضعين ، زاعماً أن الفتحين تقتضيان ناصورين ، لما يعقب ذلك من الحوادث الخطيرة . والمعتمد أن يوجد في هذه الأحوال طريق ناصورى واحد بين العضلتين العاصرتين . والذي يجب عمله هو شق هذا الطريق الناصورى ، ثم البحث عن سائر الطرق المتفرعة منه وفتحها بغير أن تقطع العضلة أكثر من مرة

ومن دواعى الفشل فى عمليات الناصور الشرجى هو عدم ادخال المسبر فى طريق الناصور مباشرة ، فلا يستطيع الجراح فتح الطريق كله . وبتقى هذه الغلطة بادخال المسبر بكل رفق . ولتعلم أنك اذا استعملت القوة فى ادخال المسبر وكان الطريق غير مستقيم فقد تحدث طريقاً كاذباً

وكثيراً ما تكون النواصير درنية ؛ مما يستدعى ارسال المريض لطبيب الأمراض الباطنية للتحقق من سلامة الرئتين ، ولمداواة الصحة العمومية

سرطان المستقيم

ليس سرطان المستقيم سرطاناً خبيثاً جداً دائماً . ولا شك أن العمليات تكون أقرب الى النجاح اذا توصل الجراح الى تشخيص المرض فى دوره الأول . ومن المحزن أن الجراح لا يستشار إلا بعد فوات الوقت المناسب . وحينئذ لو تنبه الى ذلك الجراحون فبادروا الى اتهام المستقيم بالسرطان اذا بدا على المريض اسهال ، أو زادت مرات التبرز فى اليوم زيادة خفيفة ، أو ظهر عند المريض امسك ، أو خرجت منه مواد مخاطية ، أو مواد مخاطية دموية ، أو شعر بعدم الارتياح فى المستقيم . فتلك أولئك من العلامات الأولية . أما البواسير المتزايدة حجماً وتأثيراً ، والكاشكسيا ، و «عرق النساء» والانسداد المعوى فمن العلامات الأخيرة

وتنقسم العمليات لسرطان المستقيم الى ثلاثة أقسام :

فى القسم الأول يمكن استئصال الجزء المعوى المصاب بغير اصابة العضلتين العاصرتين ثم يمكن وصل الطرفين بعد الاستئصال . وأمل النجاح فى هذا القسم عظيم لكنه لسوء الحظ أندر الأقسام

وفي القسم الثاني يعمل مع الاستئصال الشق القولوني
وفي القسم الثالث لا يمكن استئصال السرطان ؛ وقد يعمل الشق القولوني
ولا يتسع المقام لذكر دقائق هذه العمليات ولا لذكر الدلالات التي نسترشد بها
لتخير طريقة العمل . وحسبك، أيها الجراح ، أن أذكر لك بعض الملاحظات العمومية
في جوهر الموضوع

إذا عملت العملية عبر العصص ، وأمكن توصيل الطرفين بعد الاستئصال فمن
الضروري تصفية الجرح . لأن التقيح كثيراً ما يحدث عقب هذه العمليات وقد تمتد
العدوى في المنسوج الضام المسترخي إذا لم يعمل على تصفية الجرح . وقد يتولد ناصور
برازي يلتئم من نفسه في المستقبل

وقد لا يستطيع الجراح ، بعد استئصال الجزء المعوى المصاب مع الأنسجة المجاورة
المصابة ، أن يصل الطرفين . وربما مال ، وقتئذ ، لعمل شرج عجزى . وهذا ما يجب
التنحي عنه ، لأن الشق القولوني أفضل للمريض كثيراً ، وعمالك اياه أوان عملية
الاستئصال يوفر على المريض متاعب عملية أخرى

وبقيت كلمة بشأن عملية الشق القولوني إذا أريد بها تخفيف الحالة لتقدم المرض وتعذر
استئصاله ، ومتى يكون ذلك . ان الوسيلة التي يسترشد بها الجراح لمعرفة أي عمل الشق
القولوني أم يستأصل الورم هي راحة المريض . وما الشق القولوني إلا أخف الضررين ؛
فلا ينصح الجراح بعمله الا اذا شقت على المريض حالته

الخراج الوركى المستقيمي

إن المعتاد أن يفتح هذا الخراج فتحاً واسعاً ، ويغسل التجويف ، ثم يحشى بالدهن
المطهر . واذا بكر الجراح في فتحه يتم الشفاء بغير أن يرتبك المستقيم . أما اذا وصل
الخراج الى الغشاء المخاطي أو اذا اثقب فالجرح لا يلتئم الا اذا قطعت العضلة العاصرة
وخير شق ما كان على شكل T أو على شكل الصليب ، في الأدوار الأولى ، ويكون
الشق النازل من شكل T موازياً لثنية الأليتين وممتداً في طول الأنسجة المتهبة
أغلاط الجراحين (٢٧)

وقد ذكر الدكتور لو كهارت ممرى طريقة جديدة في علاج هذا الخراج ونشرت في المجلة الإكلينيكية بتاريخ ٥ ديسمبر سنة ١٩٢٣ قال فيها ما يأتي :

« كان المعتاد ، في أيام تلميذتي ، علاج الأخرجة بكحتها وحشو تجوي فيها بالدسام . ولا أدري من ابتدع هذه الطريقة الوحشية ؛ كما لا أدري ماذا عسى أن يكون الغرض منها . فقد كان يصحبها ألم شديد ، في أثناء التضميد ، وكان يطول بها زمن العلاج كثيراً . هذا الى اني أرى أن من العتب أن يفتح الخراج ، ثم يسد ثانياً . ولا شك أن اتباع هذه الطريقة ، في علاج الخراج الوركى المستقيم كان مما ينشأ عنه الناصور الشرجى القياسى

« ولقد حاولت الوصول الى طريقة لعلاج الخراج المستقيم الوركى بغير أن ينتهى العلاج الى ناصور شرجى . لأن الناصور كثيراً ما تخلف في العمليات التي أجريتها بالطرق القديمة . ولقد وجدت أنى اذا وضعت أنبوبة تصفية كبيرة وثبتها بالخياطة في الجرح ، وجعلت طرف الأنبوبة يصل الى تجويف الخراج فقد يحدث الالتحام بغير ناصور . وقد كان من الصعب المحافظة على الأنبوبة في موضعها . ولقد تركت هذه الطريقة وآثرت الطريقة الآتية :

« يفتح الخراج بالمشراط بشق صليبي ، بالطريقة الاعتيادية ، ويسمح للصيد بالخروج . ثم يستأصل بعد ذلك الجلد الذى يكون الجدار الخارجى استئصالاً كاملاً وبذلك تعمل فتحة واسعة يكون قطرها نحو القيراط أو أكثر ، ويترك باطن الخراج وشأنه . وتوضع ضمادة رطبة مضادة للعفونة على السطح المتعرى وتغطى بشيء واقٍ يحفظ الرطوبة ويمنع التصاق الضمادة بجافات الجرح مما يمنع تصفية الافراز . ولتكن الضمادة كبيرة لكي تكفى لامتنصاص الافراز مدة اثنتى عشرة ساعة تقريباً . وليرض العليل وهو مستلق على ظهره بقدر الامكان لكي ينتجه الضغط نحو الفتحة والمعتاد أن يجد الانسان ، في أثناء التضميد ، ان تجويف الخراج قد زال تماماً ، وأنه قد تحول الى قرحة روحاء^(١) تلتحم في عشرة أيام أو أسبوعين ولا يتخلف عن الخراج الذي يعالج

(١) روحاء أى قرية القاع

بهذه الطريقة ناصور ، دفعة في كل عشرين حالة . ولقد عاجت أخرجة وركية مستقيمة كبيرة جداً يحتوي تجويف الخراج منها على نحو نصف لتر وكانت تلتحم بغير أن يتخلف عنها ناصور

ومزايا هذه الطريقة هي :

(١) ان العملية بسيطة جداً

(٢) أنها غير مؤلمة متى فتح الخراج

(٣) ان الالتحام سريع جداً لا يتخلف عنه ناصور

وقد يزعم الانسان أن هذه الطريقة يتخلف عنها التهام رديء جداً ؛ وهو زعم غير صحيح ؛ لأن الالتحام يكون مسطحاً جداً وصغيراً بدرجة مذهشة ومن الضروري أن تكون الفتحة كبيرة جداً ، ولتعلم أني ما ترددت في استئصال نحو القيراطين المربعين من الجلد في بعض الأحوال «

ويقول لو كهارت ممرى بعد ذلك :

« وقد استعملت هذه الطريقة لعلاج الأخرجة في مواضع أخرى من الجسم بنتائج مرضية . ولم أعد أستعمل أنابيب التصفية إلا حيث لا يسمح التشریح باستئصال جزء كبير من الجدار الخارجي للخراج

ويصح أن أقول إنني عاجت خراجاً في الثدي بهذه الطريقة . وكان الخراج عظيماً فاستأصلت جزءاً عظيماً من الجلد ، ولم أضع أنابيب تصفية . وقد التحم الجرح في أسبوعين أو أكثر قليلاً التهاماً حسناً بغير أن يتخلف عنه ما يسمى الخراج المتبقى و بغير أن يكون التضميد مؤلماً «

الفصل الرابع والعشرون

البتر

في الشؤون البشرية التي لم تتغير ظروفها الضرورية بتغير الوقت لا بد أن يسترشد الانسان في علاجها بالعادات والنقائيد، أما اذا تغيرت الظروف الضرورية، كما تغيرت ظروف الجراحة، فلا بد أن تترك هذه العادات والنقائيد جانباً ليحل مكانها غيرها مما ينفق والزمن. واني أراني بحاجة الى ذكر هذه المقدمة لأنني لا أزال أرى كثيراً من الآراء التي وجدت قبل زمن المخدرات والمطهرات ينشر في كتب الجراحة الحديثة ينشرها المؤلف الحديث عن المؤلف القديم، وهكذا دواليك، بغير ملاحظة ما أكل عليه الدهر وشرب. فلا يزال الجراحون يذكرون طرقاً لبتر الأطراف، من أهم مزاياها تلك الرشاقة التي يستطيع الجراح أن يستأصل بها الطرف، أو تلك السهولة التي يتق بها الجراح العفونة المستقبلة التي كان لا مندوحة عنها

فتقدك بتر القدم بطريقة شو بارت^(١) أو بطريقة فارابوف^(٢) عبث كضربك الهواء أو نقشك في الماء. وخير لي، من ذكر الأغلاط الشائعة في هذه العمليات الجراحية، أن أقول شيئاً موجزاً في الأحوال العصرية التي يجب أن يلاحظها الجراح في عمله. فذلك أفضل من عد عيوب الطرق القديمة التي أفناها القدم فلا هي صالحة يعمل بها الآن ولا هي دائرة فتنسى

أصول البتر

بتر الطرف المثوف

إن بترك الطرف السليم وتركك الطرف المثوف من أكبر الأغلاط التي لا تغتفر. وهي غلطة عملت وقد تعمل. فليس من النادر أن يحضر الى المستشفى مصاب بهرس في رجليه مثلاً تحتاج احدهما الى البتر، وليس بعيداً إذا كان الجراح ومساعدوه قد أعياهم التعب أن يستأصلوا الساق التي لا تحتاج الى البتر

(١) Chopart's. (٢) Farabceuf's.

ويحكى أن جراحاً من صفوة الجراحين المشهورين قد بتر الساق التي لا تحتاج الى بتر ، وكان هذا مما دعاه الى طلب موافقة المصاب على بتر الساق الأخرى وكان بها كسر مضاعف شديد . فلم يقبل المريض . وكان على الحق في عدم قبوله ؛ لأنه شفى بساق نافعة

وقد تعمل هذه الغلظة في اصابات اليد ، اذ يحتمل أن يبتر الجراح أصبعاً غير التي يريد بترها

البتر في اثناء الصدمة الأولية

إن بترك الطرف لاصابته باصابة شديدة ولما تذهب الصدمة الأولية لما يزيد في الطين بلة ويعرض المصاب لخطر عظيم . وأول ما يعمل ، في مثل هذه الأحوال ، هو العمل على العاش المصاب وارجاع الحياة اليه وقد كاد ينقطع به أسبابها وكثيراً ما كنا نسمع أن المصاب قد أرسل تواءاً الى غرفة العمليات ، على أثر وصوله الى المستشفى . وإنه وإن تكن هذه العادة قد أخذت تتلاشى إلا أن من الضروري تحذير الجراح من الركون اليها واجراء العملية في زمن الصدمة الأولية

اتقاء النزف

لا أرانى بحاجة الى التنبيه الى ضرورة اتقاء النزف في اثناء العملية لولا ما يرى احياناً بعد قطع الأنسجة من أن الرباط الضاغط غير ضاغط ضغطاً كافياً لوقف النزف من الشرايين . ولعلنا في حاجة إلى رباط ضاغط يوضح للعين مقدار الضغط على الأنسجة في أى وقت معين . أما الآن فلا حيلة لنا إلا استعمال ضغط أكثر من الضروري مسترشدين بذلك بخبرتنا

أما الجراح الذى يهمل الرباط الضاغط ويستعين ، لوقف النزف ، بالضغط باصبع المساعد فطائش متهور لأن عمل المساعد يكون ، وقتئذ ، متعباً غير سهل وقد لا يستطيع التحكم في الشريان بالضغط لكثرة تداول الطرف في اثناء البتر . ولقد شاهد بعضهم أحد الجراحين ، ممن يعتمد على هذه الطريقة لوقف النزف ، وقد وقع في حيرة

وارتباك لعدم استطاعته ضبط الأوعية القصبية النازفة ، وهو يتر النصف السفلى من الساق . وكنت ترى الدم وهو يشج من الأوعية ، مع كل حركة فى الساق ، لانزلاق أصبع المساعد التعب الذى كان يضغط الشريان الفخذى . ولعل أقل ما يحدث ، فى مثل هذه الحالة ، اضطراب الجراح وحيرته ، وفقد المصاب مقداراً عظيماً من الدم ، وضياح الثقة ما بين الجراح ومساعديه

ويحسن قبل ان أختم الكلام فى هذا الموضوع ، أن أذكر الجراح بضرورة ارخاء المضغط قبل خياطة الشرايح ، فكثيراً ما ينسى الجراح هذه الدقيقة ، فى هذه الدقيقة ، فيحدث النزف من وعاء لم يلاحظ ولم يضبط ، ويتكون تجمع دموى أسفل الشرايح مما يعوق الالتحام

كيف تعمل الشرايح

كان المعتاد ، فى الأيام السالفة ، إذا كانت العفونة منتشرة فى العمليات الجراحية أن تعمل شرايح كبيرة « لتغطية العظام جيداً » وأن يتنحى الجراح عن « الشرايح الرقيقة ضعيفة الغذاء » الى غير ذلك من الجمل التى لا محل لها الآن ، فى هذا العصر ، إلا على رفوف المكاتب

ولا يستحسن الجراحون ، الآن ، مواراة طرف العظم فى كتلة من المنسوج الالتحامى . وليست تتغفر الشرايح لأنها رقيقة فحسب ، لكن ، مما لا شك فيه ، أن الشريحة الرقيقة أكثر تأثراً بالربط الغشيم من الشريحة الغليظة . وهذا مما يجب اتقاؤه ولتعلم أن الغذاء الدموى للجلد والمنسوج الخلوى تحته مسنقل عن الغذاء الدموى للصفاق الغائر والعضلات ؛ وعلى ذلك ليست تنفع محافظتك على أجزاء من الصفاق الغائر والعضلات لصيانة الغذاء الدموى للشريحة الجلدية . هذا إلى أن فرائص العضلات التى يتركها الجراح فى الشرايح الجلدية لتغطية طرف العظم واخفائه تتحول ، مع الزمن الى منسوج التحامى ، لا يتحمل الضغط ، ويحدث الألم ، ويتقرح سريعاً ومن الأغراض التى يجب أن يقصد اليها الجراح تقليل ما يمكن أن يتخلف من

المنسوج الالتحامي بقدر ما يمكن . ولهذا يلزم أن تشتمل الشريحة على الجلد والصفافق السطحي فقط

أما طريقة عمل هذه الشرائح الجلدية فكثيراً ما يكون الجراح مقيداً في تكوينها بما قد يكون عنده من الجلد . فإن لم يكن مقيداً فعليه عملاً بحيث تكون أثره الالتحام بعيدة عن الضغط . فلا يصح ، مثلاً ، وأنت تعمل شريحة لعص يتلقى ثقلاً عظيماً ، أن تكون أثره الالتحام على طرف العظم ، وكذلك ، لا يستحسن ، في بتر الساق أو الفخذ ، أن تكون أثره الالتحام في الجهة المتقدمة ؛ لأن العص سيلامس الساق الصناعية ، في هذا الموضع ، كلما خطا المتور خطوة الى الأمام

ولتعلم أن الشريحة الجلدية كثيراً ما تحتل الضغط ، وإن المريض يمكنه أن يرتكز بسهولة ، على البتر بطريقة سايم^(١) ، أو البتر خلال مفصل الركبة ، أو أعلاها قليلاً ، وليس سبب هذا التحمل ان الشرائح من جلد وقاح متعود الضغط ؛ بل لأن الشرائح ، في جميع هذه الأحوال ، لا تشتمل الا على الجلد والصفافق السطحي ، ولأن العظم اذا قطع ، فقطعه خلال المنسوج الأسفنجي

وكثيراً ما دهشت من براعة الأستاذ سايم لابتداعه البتر الذي تشرف باسمه منذ زمن طويل ؛ لأن العملية تستغرق وقتاً طويلاً ، ولا بد أنها كانت مؤلمة جداً ، لا سيما ذلك بغير تخدير . فمن الأسف العظيم أن تحمل هذه العملية اسم هذا الجراح العظيم . فقد تداعت الأصول التي عليها بنيت هذه العملية . فجراح الوقت الحاضر لو أضرط الى بتر القدم وكان له أن يختار إما البتر بطريقة سايم وإما البتر في متوسط الساق لفضل العملية الأخيرة اذا لم يستطع ، لسبب ما ، ان يحصل على شريحة مناسبة للعقب . ومتى استطاع الجراح أن يحصل على عص وقاح على الثقل فليس يهم كثيراً من أى موضع كان الجلد . والشريحة التي تؤخذ من ظهر القدم ، أو من أحد جانبيه كالشريحة التي تؤخذ من العقب ، غذاء ووظيفة

وعلى الانسان أن يقابل بين نتائج البتر في كلا الموضعين للتحقق مما يحدث من الضرر بتناسي هذه القاعدة الجراحية

قطع العضلة

لنقليل ما يمكن أن يتخلف من المنسوج الالتحامي ، لا بد من قطع العضلات قطعاً عمودياً ، وعلى الجراح أن يحتاج هذه العضلات باقة بالسكين ؛ فقطعه العضلات بهذا الشكل مما يقلل المنسوج الالتحامي في العص ويسهل على الجراح ضبط الأوعية النازفة وتقصير الأعصاب

نشر العظم

يفضل بعض الجراحين عمل كم من السمحاق ورده الى الأعلى قبل قطع السمحاق . وأرى أن هذه غاظة لأن من الضروري أن تقصد الى قطع العظم قطعاً برفق ولين لكي يكون طرفه ناعماً بقدر الامكان . واذا تركنا كماً من السمحاق الذي يكون العظم لا يبعد أن يكون أشواكاً وزوائد . والرأى عندي أن يقطع السمحاق ، خلال الخط الذي يقطع فيه العظم ، وان تقطع ، بالمقراض كل زائدة سمحاقية ، حتى يتساوى العظم والسمحاق . ولهذا الغرض يلزم استئصال كل الزوائد العظمية وكذلك يلزم تنظيف السطح المبتور من الذرات العظمية مسحاً بالأسفنج أو غسله بالمحلول . وفي البتر خلال الفخذ كثيراً ما يكون القطع في العظم غير منتظم عند الخط الأبيض ، وهذا مما يستلزم عناية تامة لكيلا تترك زوائد عظمية . أما قطع عظم القصبة بالمنشار فيستلزم غالباً إعادة قطع الظنبوب^(١) بالمنشار أيضاً . ويوصى القوم ، لأسباب مختلفة أخرى ، بنشر عظام الشظية في مستوا أعلى من المستوى الذي نشر فيه عظم القصبة ولا أرانى بحاجة الى التنبيه الى ضرورة قطع العظم في مستوي يكون عمودياً على جسمه أما في العص الذي يتحمل الثقل فالقطع يكون عمودياً على خط الضغط .

علاج الأوعية والأعصاب

أما أعيان الشرايين فالجراح على دراية عظيمة من موضعها فلا يحتاج الى كثير من العناية لضبطها . واكثر ما تكون المضايقة من الفروع العضلية للشرايين ؛ ولكل

(١) الظنبوب بالضم حرف عظم الساق من قدام

عضلة كبيرة تقريباً فرع رئيسى يمكن العثور عليه وضبطه . أما سائر الشرايين التى تغذى العضلات فقليلة الشأن

ومما هو جدير بالذكر الحصول على كل عصب قطع ، ثم سحبه مسافة قيراط تقريباً من سطح البتر ، وقطع الجزء المسحوب بالمقراض ، بعد ضغطه بالجفت . والحكمة من هذا الضغط ختم الغمد لمنع تكوين بصلة عصبية فى نهاية العصب . وإياك أن تنسى ، وأنت تقطع الأعصاب ، بهذه الطريقة ، أن تعالج الأعصاب الجلدية كالعصب الوركى الصغير ، والعصب الصافن الطويل . ومن السهل العثور عليهما ، وهما يسيران والأوعية المرافقة لها

اختيار موضع قطع العظم

لعلاج هذا الموضوع لابد من تقسيمه قسمين بحسب عمر المريض أتجاوز النمو أم لا

المراهقة

للجهاز الذى ينوى أن يستعمله المريض بعد البتر شأن عظيم ؛ أهو ينوى أن يستعمل ساقاً صناعية أم ساقاً خشبية ؟ فمن الخطأ عمل الجراح البتر لجميع المرضى على السواء كأنهم من طبقة واحدة

فخير للفلاح ، مثلاً ، أن يلبس ساقاً خشبية ؛ ولو استطاع أن يلبس ساقاً صناعية ؛ فهي أنسب كثيراً لعمله من الأخرى . وفى مثل هذا الفلاح يجب أن يكون الغرض من البتر الحصول على عص يتلقى الثقل . لذلك ترانى ممن لا يسخرون من عمل البتر فى « موضع الاختيار » فالعملية ، فى هذا الموضع ، على اعتقادى ، تبررها ظروف قد تكون أقل وضوحاً للجراح المقيم فى المدينة منها لزميله فى الأرياف وكذلك يحسن البتر خلال مفصل الركبة ، أو خلال الجزء السفلى من الفخذ للحصول على عص يتحمل الثقل ، ولعل ذلك خير من البتر فى منتصف الفخذ لشد مطالب الساق الصناعية التى قد لا يستعملها المريض طول حياته

فإذا كانت حالة المريض مما لا تسمح له إلا باستعمال الساق الخشبية بقية حياته فلا بد من الحصول له على عص يتلقى الثقل ، وليتجاهل الجراح تلك القواعد التي وضعتها مصانع السوق الصناعية ، وأعاتمتها في أثناء الحرب الكبرى

أما العص الذى يتحمل الثقل فهو المتخلف عن البتر فى المواضع الآتية : الجزء السفلى من عظمى القصبة والشظية (ساييم) ، وأسفل الركبة بمقدار عرض الكدف (موضع الاختيار) وهفصل الركبة ، والجزء السفلى من الفخذ

أما إذا كان المريض من أرباب الحرف والصناعات فالساق الخشبية لا تنفعه مطلقاً ولا يمكنه أن يقوم بكل عمله . ولذلك يلزم أن تهيب له عصاً يسد مطالب الطرف الصناعى ، واليك بعض التفاصيل :

فليس ينفع عمل البتر خلال عظم القصبة ان لم يترك جزء من العظام يكفى لتحريك مفصل الركبة للساق الصناعية - أى يلزم أن يترك نحو أربعة قراريط . فإذا لم يتيسر للجراح أن يترك هذا الجزء من القصبة فليس هناك فائدة من عمل البتر أدنى من منتصف الفخذ ويود صانع السوق الصناعية أن يعمل البتر فى الجزء السفلى من عظمى القصبة والشظية (ساييم) ، والثالث المتوسط لعظم القصبة ، والثالث المتوسط لعظم الفخذ . أما البتر خلال الركبة أو خلال الجزء السفلى من عظم الفخذ فلا يصح للسوق الصناعية لأنه لا يمكن تجهيزها بمفصل متين للركبة ، كما لا يمكن تجهيزها بحق يلتئم فيه العص تماماً وعلى ذلك يفضل صانع السوق الصناعية أن يعمل البتر خلال جسم عظم القصبة أو عظم الفخذ إذا كان البتر سيعمل أعلى مستوى الجزء السفلى من عظم القصبة أو عظم الفخذ ولتعلم أن العص العظمى إذا كان من المنسوج الاسفنجي يتحمل الضغط بينما ان العظم إذا قطع خلال جسمه لا يتحمل العص ثقل الجسم إلا إذا عملت شريحة مكونة للعظم . ومن السهل فى أثناء البتر خلال جسم عظم القصبة أن يرفع الجراح بازميل عريض شريحة عظمية سمحاقية رقيقة من السطح المفرطح لعظم القصبة وأن يثنى هذه الشريحة على طرف العظامين ، وأن يخيط هذه الشريحة بغرزتين من الكاتجت وهو عمل لا يحتاج الى كثير من الوقت ، الى أنه يهيب للمريض عصاً يتحمل الثقل

ولست تستطيع ، لسوء الحظ ، أن تخرج صانع السوق الصناعية عن عاداته ليعمل لك ساقاً لمثل هذا العصب . والذي يعمل به ، كما رأيت كثيراً ، رغم تعليماتي واحتجاجاتي هو ساق ترتكز على ورك المريض وتترك العصب اللطيف الذي يقوى على تحمل الثقل يتبدل بغير عمل في حق السوق الصناعية . وهذا العصب لا يصح أن يعامل بهذه المعاملة . ولذلك عدل الجراحون الذين كانوا يعملون البتر بهذه الطريقة حتى يتيسر للمصانع عمل سوق صناعية مناسبة . والى أن تتيسر هذه السوق الصناعية فمن الخطأ عمل هذه الشراخ العظمية السمحاقية

أما عمليات البتر في القدم فيمكن استئصال أى جزء منها في مقدم المفصل الرسغى المشطى . ولتعلم أن البتر بطريقة هاى^(١) أو ما يماثلها يترك عصا نافعاً ، وأن لا فائدة من البتر بطريقة شو بارت ، أو البتر أسفل العظم القنزعى حيث تقطع العظام بين الخط الرسغى المشطى والجزء السفلى من عظام القصبة والشظية ، وبعبارة أخرى اذا لم يمكن عمل البتر بطريقة هاى فالأحسن عمل البتر بطريقة سايم^(٢)

أما في الطرف العلوي فالقاعدة المحافظة على الأنسجة بقدر الامكان . ولا يخرج الجراح عن هذه القاعدة إلا اذا كان المرض مصحوباً بانكيلوز في المفصل الكعبرى الزندى السفلى . ففي مثل هذه الحالة يحسن قطع العظامين أعلى المفصل ، وذلك للمحافظة على قوة البطح والكب . ولتعلم أن من العبث ترك ساعد قصيرة لأنها لا تقوى على تحريك الأجهزة الصناعية ، ولذلك تكون قابلية الفائدة ؛ بينما ان طرف عظم العضد المعقد في البتر خلال مفصل المرفق أو أعلاه مباشرة لا يصلح للإحكام في حق الساعد الصناعية

وهناك شئ من الوهم بشأن بتر الأصبع خلال المفصل السلامى الأول ؛ إذ يقول بعضهم بعدم فائدة البتر خلال هذا المفصل مستنداً على أن أوتار العضلات القابضة والباسطة لا تدغم في السلامية الأولى . وينصح بعضهم ، عند ارادة البتر خلال هذا المفصل ، أن تخطط الاوتار القابضة والباسطة في هذه السلامية . وكلا الرأيين خطأ . فانبساط السلامية الأولى على العظم المشطى انما يقوم بشرحة من العضلة الباسطة المشتركة

للأصابع تذهب للأصبع . فلا بد من المحافظة على ادغام هذه الشرحة . أما اثناء هذا المفصل فيتم بالعضلات الدودية والتي بين عظام الأصابع مما يدغم في السلاميات الأولى وتمدد الوتر الباسط . أما قسائم العضلة القابضة الغائرة والعضلة القابضة المشتركة للأصابع فلا علاقة لها بالمفصل المشطى السلامى ، فاذا خيط الجراح أوتارها على طرف السلامية الأولى كانت سبباً في عوق الحركات بدلاً من تنشيطها لأسباب ليس من الضروري التعليق عليها

الطفولة

فان كان البتر في مريض أو مضاب لا يزال في دور النمو فعلى الجراح النظر في مسائل جديدة . عليه النظر في تأثير النمو عامة وفي العص خاصة . واياك أن تعمل ، أيها الجراح ، بتراً خلال جسم العظم في طفل . وان اضطررت الى ذلك فلتكن الشريحة سمحاقية عظمية ؛ لأنك اذا لم تترك عصا يتحمل الثقل والضغط فإنه يضمر ، ويزبل ، ويصير عديم الفائدة

ولا يعترض صانع السوق الصناعية على البتر خلال مفصل الركبة ، اذا كانت العملية في طفل ، لأنه وان كبرت فخذه مع نموه إلا أنها تبقى أقصر من الفخذ الأخرى مما يسمح بتكوين مفصل ركبة ، وضمور لقمى عظم الفخذ يساعد على إحكام حق الساق الصناعية

البتر الأولى والثانوى

للآن لم ننظر في مسألة البتر إلا من وجهة الجراحة الطاهرة . على أن هناك أحوالاً ، في السلم وفي الحرب ، لا يمكن الجراح أن يتوقع فيها التحاماً بالقصد الأول . فليعمل البتر الأولى ، في هذه الأحوال ؛ اذا سمحت الظروف ، في موضع أدنى ، على أن يعمل البتر الثانوى في المستوى المطلوب بعد . فقد يعمل ، مثلاً ، البتر الأولى ، خلال الجزء السفلى من عظم القصبة ، ارادة عمل البتر الثانوى ، بعد ذلك اذ تزول العفونة ، خلال منتصف العظم

فاذا لم يتيسر لك عمل البتر ، بهذه الطريقة ، فحسبك ترك الشراخ مفتوحة ارادة

خياطتها في المستقبل . ووقتئذ يلزم عمل الشراخ طويلة ؛ لأنها تنكمش كثيراً . وفي حالة البتر بطريقة سايم التي تفضل عن البتر أعلى قليلاً بسبب النتائج الحميدة في وظيفة العضو يمكن اتقاء انكماش الشريحة بنشر عظام العقب وترك حدبته في شريحة العقب حتى يعمل البتر الثانوى

علاج العصب بعد العملية

من المهم التبكير بتدليك العصب وتحريكه لمنع التصاق الأنسجة الرخوة بالجزء المقطوع من العظم ، وللمنع الانكياوز ، وانقباض المفصل الذى يكون أعلى البتر مباشرة بالانقباض العضلى . واتقاء هذه المضاعفات أسهل من علاجها

العصب الضامر المؤلم

قد مر بك ما يلزم من تقصير الأعصاب لاتقاء المضاضة فى العصب ، وما يلزم من قطع الزوائد السمحاقية ، ومسح الذرات العظمية . واذا تركنا ذلك جانباً فليس نادراً أن يشاهد الجراح العصب البارد ، المتفرح ، الذى تكون فيه مضاضة . وهذه المضاعفات تنشأ عن أسباب كثيرة منها : زيادة المنسوج الالتحامى فى العصب ، مما يعقب التقيح ، وعدم اتقان عمل الشراخ ، وتضمين العضلات فيها . ولتعلم أن « مواراة العظم أو تغطيته جيداً بالعضلات » من أهم عوامل زيادة المنسوج الالتحامى ؛ إلا أن يكون لهذه المواراة سبب خاص كالأصابة بالتصقيع والاضطراب الوعائى أو الغذائى

ولهذا السبب يلزم نشر عظام القصبة فى المنتصف ، لا فى الجزء السفلى ، فى أحوال البتر الاعتيادية . والعصب التقصير ، اذا كان من الطول بحيث يكفى للقيام بعمل المخل أو العتلة ، قد يحرك العضو الصناعى كالعصب الطويل الذى يمكن أن يحسب طرفه زائدة ضامرة بغير فائدة . وكما زاد نشاط العصب زادت تغذيته . ولهذا السبب ترى العصب المكلف بحمل بعض ثقل المريض أو كلة أقوى وأصح من العصب الذى لا يقوم إلا بنقل الحركات للعضو الصناعى

ومن الخطأ قطعك على البصلة العصبية مباشرة ارادة تشریحها واستئصالها فى أحوال العصب المؤلم ، والصواب أن تستأصل جزءاً من كل عصب مصاب أعلى نهايته . فاذا كان العصب ناشئاً عن البتر خلال منتصف العضد فالوجه أن تصل الى الاعصاب المصابة خلال الابط

الفصل الخامس والعشرون

الكسور

اعتاد أحد اساتذة الجراحة أن يقول لطلبة الطب وهو يلقي عليهم الدروس الجراحية « قد تزعمون ، أيها السادة ، أن العظم الطويل في باطنه ما يسمى النقي أو مخ العظم ؛ فلا تصدقوا . فالعظم الطويل في تجويفه النخاعي سائل اسود من نكران الجميل ووجود المعروف ، يسيل منه اذ انكسر »

واعتاد جراح آخر أن يقول لطلبته : « قد يذهب أحدكم الى الريف ليبتدىء عمله في صناعة الطب . ولا يبعد أن يقع جاره على السلم ، فتتكسر ساقه . وقد يستدعى الطبيب الجديد لعلاجه . ولا يكون جزاء الطبيب من المصاب إلا انصراف الأخير بكل همته ، في سائر أيامه ، الى عرض ساقه العاجزة أو المشوهة على الناس ، والتمادى في النيل من الطبيب ، وتجريحه لأنه لم يستطع أن يجبر كسره تماماً فلا يرى له أثر . فاذا عرك الدهرُ الطبيب ، وحنكته الأيام ، واستفاد من التجارب والحوادث تنحى عن علاج كسور العظام وتركها لمنافسيه من الأطباء »

فهلا ترى معي ، أيها القارىء ، ما يرمى اليه كلا الجراحين العظيمين ؟ إنهما يريدان أن يقولوا لك قولاً لينا ، أنت في حاجة شديدة اليه . فكم من جراح قد ضاعت شهرته وكم من مصاب قد تخلف عنده تشوه ، أو قصر ، أو عطل في وظيفة العضو من الفشل في علاج الكسر علاجاً قوياً خالياً من الأغلاط

والأغلاط الشائعة قسماً : منها ما يكون في التشخيص ، ومنها ما يكون في العلاج

أغلاط التشخيص

تجاوز الكسر

ليس يستطيع الجراح أن يجيد علاج الكسر إلا اذا أمكنه أن يتعرف الكسر ؛ لأن من السهل أن يتجاوزه فلا يدركه . وكثيراً ما يرى الانسان كسوراً قد فاتت على المعالجين وقد يكون لهم بعض العذر في بعض الأحوال ، وقد يكون عدم ادراك الكسر

من الإهمال ، في أحوال أخرى ، لكن الأغلب أن يكون من عدم الفحص الكامل ؛
كأن يكتفى الجراح ، مثلاً بالفحص عن جزء من الطرف المصاب بدلاً من فحصه عن
الطرف كله ، أو كأن يهمل مقابلة الطرف المصاب بالطرف السليم ، أو كأن يهمل
المقاس بالمتر ، أو كأن يتغاضى عن الاستعانة بالأشعة وصورها ، أو كأن يتناسى أن
العظم قد يكسر بغير أن تتضح علامات الكسر بالفحص السريع
ويمكن أن يقال ، على وجه العموم ، إن للغلط طريقتين :

فأما الطريق الأول فهو عدم الفحص عن كل الطرف المصاب فحصاً دقيقاً
وأما الطريق الثاني فهو تجاهل وجود الكسر مع عدم التشوه العظيم
فإن سار الجراح في أحد الطريقتين أو في كليهما فقد لا يستعين بالأشعة وصورها
وقد لا يتخذ علاجاً جراحياً مناسباً . واليك أمثلة :

سقط صبي فنال مرفقه الأيمن شيء من الأذى . فاستدعى له طبيب رأى الإصابة
فوصف لها التكميد بمحلول تحت خلات الرصاص ، وثبتت الطرف بعلاقة . ولما رأت
الأم أن الصبي يصبح من الألم كلما تحركت ساعده أخذته الى المستشفى حيث اتضح
أن الصبي مصاب بكسر كامل مستعرض في عظم العضد

وقد رأى بعضهم حادثة قريبة المشابهة في سيدة كسر عظم عضدها فاشتكت من
ألم في المرفق . وقد وصف لها طبيبها المعالج التكميد بمحلول تحت خلات الرصاص أيضاً
مع التثبيت غير مدرك الكسر . ولو قلت لك إنه لم يطلب من السيدة كشف عضدها
للفحص عنها لعرفت مقدار إهماله

وجدير بك أن تعرف أن انعكاس أعراض الكسر الى المفصل أسفله ليس نادراً
وأن هذا الانعكاس يشاهد في كسور عظم الفخذ كما يشاهد في كسور عظم العضد . فقد
رأى أحد الجراحين ، في استشارة مع الجراح المعالج ، صبياً سقط ، في أثناء لعب كرة
القدم ، فحدث في مفصل الركبة الأيسر انسكاب عظيم حسب الجراح المعالج مقر
الإصابة كلها . والذي دعاه الى طلب رأى آخره ما كان عند المصاب من الألم الشديد .
وقد اتضح بالمعاينة ، في أثناء الاستشارة ، أن الفخذ اليسرى أكبر من الفخذ اليمنى

وبالاختصار وجد في عظم الفخذ الأيسر كسر منحرف في متوسطه . وامتلاء مفصل الركبة بالسائل الزلالى ليس نادر الوقوع في كسور عظم الفخذ ، وان لم يصل الكسر الى المفصل ؛ وقد ينصرف اليه الجراح فيصرفه عن الاصابة الحقيقية

والأغلاط التي ذكرت سببها الأصلى اهمال الجراح أن يفحص عن الطرف المصاب فحصاً كاملاً . لكن ليس يكفى الفحص عن الطرف المصاب فحصاً كاملاً فحسب ؛ بل لا بد من مقابله بالطرف الآخر لأن ذلك مما يرشد الى تشوه قد لا يدرك . واليك حكاية تبين لك فائدة المقابلة بين الطرفين السليم والمثوف :

سقط رجل قوى البنية ، بصحة جيدة ، على الأرض فرض وركه . ولما وصل الى المستشفى كان فى حالة الصدمة الأولية فقبل . وفحص الجراح المقيم عن الطرف المصاب فحصاً جيداً ، فوجد الرض الذى فى الورك ، ووجد أن حركات المفصل الوركى ، وإن تكن مؤلمة إلا أنها طبيعية فى جميع الاتجاهات ، ولم يكن ، هناك ، تشوه . فزعم أن من الممكن للتشخيص استخراج الكسر من جدول الاصابات . وبعد أيام قليلة حدث أن رأى المصاب جراح آخر فوجد أن قدمه اليسرى منقلبة الى الخارج قليلاً . وأفضت هذه الملاحظة الى معرفة أن الاصابة هى كسر فى عنق عظم الفخذ الأيسر بقصر . ويقول هارولد باروز إنه وهو يخدم فى الجيش ، فى مدة الحرب ، بفرنسا ، شاهد حالة قريبة المشابهة بالتي ذكرت

والقاعدة التي يجب أن نسترشد بها فى علاجنا الاصابات هى الاشتباه بوجود كسر حتى يقوم الدليل على عدم وجوده . ولتعلم أن من المهم جداً أن تعرف أهنالك كسر فى العظم أم لا ، ولو لم يتأثر العلاج بهذه المعرفة . ولهذا الغرض يلزم الاستعانة بخبير فى الأشعة إذا خامرك شئ من الشك . وهذه الاستعانة بالأشعة ضرورية ، ولو تركنا مسألة العلاج جانباً ، لأن المريض قد يلجأ اليها من نفسه أو بارشاد أحد أصدقائه فاذا اتضح فى الصورة ما يخالف تشخيص الجراح فقد ضاعت ثقة المريض به . فحتم على المعالج ، لمصلحة المريض ، أولاً ، ولمصلحته ، ثانياً ، أن ينصح بعمل صورة متى حدث شك فى سلامة العظم . فاذا لم تسمح الظروف بعملها فعلى الجراح أن يشرح للعليل ضرورتها ويأسف لحرمانه من الاستفادة منها

واليك ملاحظة جديدة بالملاحظة :

يحسن ألا يعتمد الجراح في تقرير حالة العظم على ما يراه في لوح الأشعة فكثيراً ما يخدع بهذا الشكل وليكن الاعتماد على الصورة المأخوذة بالأشعة . ولا يبعد أن يعرف كل جراح بعض الأغلاط الناشئة عن الاعتماد على لوح الأشعة ، واليك مثلاً :

داس عامل على عرق خشب مقلقل في صقالة بناء ، وتفاديا من السقوط سقطتة شنيعة وثب الى الأرض من علو عشر أقدام تقريباً . فاشتبه الجراح من طبيعة الاصابة وشكلها في وجود اصابة في العظم . فأرسل المصاب للأشعة حيث شوهد موضع الاصابة على اللوح ، دفعتين ، وكان التقرير ، في كل دفعة ، خالياً من أى اصابة في العظم . وفي المدفعة الثالثة عملت له صورة بالأشعة فاتضح وجود كسر في عظم القنزعى

ويمكن ان أتادى في ذكر أمثلة أخرى . والذي يستفاد منها أن الفحص باللوح نافع ولا سيما ذلك اذا كان القائم بالأشعة خبيراً ؛ لأنه يستطيع أن يرى الطرف في اتجاهات مختلفة لكن النفع التام إنما يكون بالصورة المأخوذة عقب رؤية الطرف على اللوح

وكما يفوتنا ادراك الكسر اذا اقتصرنا على رؤية الطرف على لوح الأشعة ، فقد يفوتنا ادراكه أيضاً وقد عملت الصورة . وأكثر ما يقع ذلك اذا اقتصرنا على تصوير الطرف في وضع واحد . ولعل كسر الطرف السفلى لعظم الكعبرة المعروف بكسر كولس أحسن مثال لذلك ؛ إذ لا يتضح الكسر في الصورة المأخوذة ، واليد موضوعة مسطحة على لوح التصوير ، اذا لم يكن هناك زيغ جانبي في شظايا الكسر

وعلى ذلك يلزم أن تؤخذ صورة الطرف المصاب بالأشعة في وضعين مختلفين على الأقل ، وللصور المجسمة (الاستيرسكوبية) فائدة عظيمة

والكسور التي لا تتضح هي التي تكون في المنسوج الاسفنجي غالباً . وكذلك قد لا تتضح بعض صدوع جسم العظم الطويل . واليك موجزاً مفصلاً :

الكسور الخرعوية

يحدث أن الطفل يسقط من سريرته، أو مهده، أو عربته، أو من ارتفاع، فيصدم كتفه، فتراه وهو يصيح ويبكي. فيستدعي الطبيب؛ وهذا يفحص عن الطفل شخصاً كاملاً فلا يرى علامة على الإصابة إلا تالم الطفل وصياحه كما حاول تحريك عضديه. فلا الإصابة تتضح، ولا الطفل يستطيع أن يعين موضع ألمه. ويحذر الطبيب، وقتئذٍ من أن يقول لذويه أن الطفل سليم. وليقل لهم إن الإصابة بترقوته، ولا يربط العضد بجانب الصدر. ولا يبعد أن يظهر ورم، بعد بضعة أيام، في الثلث المتوسط من الترقوة، دالاً على كسر خرعوي فيها. وليس من المهم للطفل أن يعرف أعنده كسر في العظام أم لا؛ لكن المهم أن يعرف ذلك الطبيب ويقول له الطبيب لذوي الطفل

وهناك كسر خرعوي يحدث في عنق عظم الفخذ، ومن الصعب تشخيصه أولاً، ويمكن، على الأقل، أن يحسب هكذا الأغراض العلاج. واليك مثالا: صبي نالته إصابة في أحد وركيه، ولم تظهر الإصابة شديدة. وبالفحص عنه لم يتضح ما يدل على أن به إصابة شديدة سوى ألم متوسط عند تحريك الفخذ. فكان التشخيص رض الورك، وسمح له طبيبه بالمشي. وبعد قليل زاد عرجه وهو يمشي. وبعد بضعة أسابيع ذهب لطيبه، ولشد ما دهش إذ وجد أن الطرف المصاب أقصر من صنوه بنحو قيراط ونصف. ذلك لأن عنق عظم الفخذ قد ناء به ثقل الجسم، وتكون المرض في المفصل الفخذي الوركى مما يستدعى اعوجاجاً في العمود الفقارى أو يلبس حذاء مرتفعة مدة حياته

وهذه الحكاية مما يبين لك ضرورة الحذر في مثلها، ولو لم يتضح الكسر بالفحص عنه بالأشعة وصورتها، وأكثر ما يكون الحذر ضرورياً في الأطفال وهم في دور النمو

الكسور تحت السمحاق

يدل اسم هذه الكسور عليها. فهي كسور في العظام يغير تمزق في السمحاق تمزقاً كافياً يسمح بزيغ شظايا الكسر. وقد رأى أحد الجراحين حوادث كثيرة من هذا

النوع ، وتنضمن صدوعاً في جسم عظم العضد والفخذ ، وكلها قد فاتت على الجراح فلم يدر كها . ويقول الجراح نفسه ، إنه كان يعالج ، قريباً ، كسراً مستعرضاً تحت السمحاق في عظم الكعبرة ، وكسراً آخر في التواء المرفقي . وقد رأى أيضاً كسراً تحت السمحاق في عنق عظم الفخذ قد فات على جراح مشهور ولم يعرف بوجود الكسر قال إنه في حاجة الى صورة متفنة بالأشعة ليقتنع . وقد وضحت الصورة الكسر فعلاً

ويروى أن معلماً رقيقاً نحيف القوام حاول أن يصعد على إحدى عربات الترام وهي سائرة . فانزلت قدمه وسقط على الأرض ، وكانت الصدمة على قسم المدور العظيم . ولم يظهر بالفحص شيء من الرض ، أو القصر ، أو التشوه ، أو أى علامة أخرى على الكسر . وأمکن الجراح أن يحرك الفخذ تحريكاً كاملاً ؛ وقد كانت الحركات مصحوبة بألم شديد . ودل تقرير الأشعة على عدم وجود كسر . وبعد عشرة أيام كان لا يزال المصاب يتألم فحسب أنه عصبي المزاج وأنه يبالغ في آلامه ، فأرسل الى بيته برباط بشكل ٨ على فخذه ، وطلب منه أن يواظب على المشى بمكافئ . وبعد زمن طويل عاد الى المستشفى وعنده قصر في الطرف بنحو أربعة قراريط ، واتضح أنه كان مصاباً بكسر في عنق عظم الفخذ . فكان بخير ما دام السمحاق متماسكاً ، لكن مجهوداته ومحاولته السير والمشى مما أضعاف هذا التماسك فتشوه الطرف تشوهاً عظيماً

ومنذ قليل حضرت إلى أحد الجراحين صبية في عربة . ولم تكن بها جبار . ودل التاريخ على اصابة منذ أسبوعين ، في أثناء لعبها خارج البيت . وكان يعالجها طبيب اعتقد أنها مصابة برض ، ونصحها بالمشى . فاذا ما صاحت واستعاثت وهي تحاول المشى حسب صياحها دلغاً . وشوهدها عندها ورم في القصبة في ملتقى الثلثين المتوسط والسفلى ، وتشوه زاوى الشكل خفيف . واتضح من صورة الأشعة أنها مصابة بكسر كامل مستعرض في عظم القصبة

وقد رأى بعضهم جندياً يمثل هذه الاصابة وكان يظن أنه ممرض فأساء رؤساؤه معاملته حتى اتضح الكسر في صورة الأشعة

وكثيراً ما يفوت الجراح كسر عظم الرضفة بغير انفصال الشظايا ، اذ يعتبره التهاباً حاداً في الكيس الزلالي المفصلي

كسر العظام المتوازية

إذا كسر عظم الشظية وحده فعدم وجود التشوه الواضح ، واستطاعة المريض أن يتحمل ثقله على ساقه مما يسهل للطبيب الوقوع في الخطأ . وكذلك الخطأ في أحد عظمي الساعد ليس نادر الوقوع

وهناك موضع آخر للزلل ، وذلك حيث ينكسر عظم الساق أو الساعد في مواضع مختلفة . فكثيراً ما يقع الطبيب غير الحريص في هذه الغلطة ، ولا سيما إذا اطلع على صورة بالأشعة لم توضح إلا كسراً واحداً . ولا تكون النتائج ذات بال . لأن الكسر في منتصف عظم القصبة التي تكون مع شظية سليمة يمكن علاجه بنتيجة حميدة للمريض وللطبيب بوضع جبيرة للطرف وابقائها حتى يلتئم الكسر . فإذا حسبنا أن الشظية بها كسر في الثالث العلوى ، أو بها خلع في طرفها العلوى كما يحدث كثيراً ، فلا بد من عناية عظيمة للحصول على نتيجة مرضية تستلزم أن تعرف الإصابة التي في عظم الشظية . فهذه الغلطة - غلطة معرفة أحد الكسرين ، وتجاوز الكسر الآخر ، إذا شملت الإصابة العظمين من الأغلاط التي ينبني عليها متاعب كثيرة

والكسور التي لا تدرك ، هي كما أسلفنا ، في الأطراف الأسفنجية للعظام الطويلة والقصيرة .

والكسور التي قد لا تدرك في الطرف السفلى هي التي تكون في عنق عظم الفخذ ، ورأس عظم القصبة ، والطرف السفلى من عظم القصبة والشظية ، وعظام رسغ القدم ، وعظام مشط القدم . وكثيراً ما تحسب الكسور التي حول مفصل رسغ القدم أنها وثء ، ولعل مما يساعد على ذلك قدرة المريض على المشى ولو بعرج . والصدوع الطولية والمستعرضة خلال الطرف السفلى لعظم القصبة والشظية ، ولا سيما ذلك خلال الكعبين ، وخاصة إذا لم تكن مصحوبة بزيف ، كثيراً ما يخطئ فيها من يكتفى بالفحص السطحي من الجراحين . وكذلك كسور عظم الفترعى ، وعظم العقب ، وعظام مشط القدم . والكسور قد تحدث في العظام الأخيرة عن عنف بسيط قد لا يعتقد الطبيب أنه يحدث

كسراً ، ولقد كان ذلك مما يحدث كثيراً في أثناء الحرب الكبرى ، وكان يسمى بكسور المشى^(١) فكانت ترى الجندي ، وهو سائر في طريقه ، وحامل حملاً ثقيلاً ، يشكو من ألم في قدمه ، يجعله يتناقل في مشيه ، ثم لا يلبث أن يسقط . وبعد حين تؤخذ الصورة بالأشعة فيتضح ، غالباً ، كسر كامل خلال عنق العظم المشطى الثالث أو الرابع . وكذلك قد تحدث الكسور في قاعدة العظم المشطى الخامس بغير عنف عظيم . وكذلك قد تحدث كسور غير منتظرة في السلااميات في أحوال رض أصابع القدم ، لكنها أقل شأنًا

أما في الطرف العلوى فالكسور التي لا تدرك قد تحدث في عظام اللوح ، وفي الطرف العلوى من عظام العضد ، وفي الكسور بالقرب من المرفق ، ورسغ اليد وقد شاهد بعضهم مريضين كان عندهما صدع مستعرض خلال الحفرة السفلى ، ولم يعرف الكسر ، بل ولم يشبهه فيهما الى أن عمات لهما صور بالأشعة بعناية والكسور الداخلة أي « المنحشرة » في الطرف العلوى من العضد ، والكسور التي بالقرب من المرفق قد لا يدركها الجراح ، لكن الخطأ فيها ليس متكرراً تكرره في الاصابات المجاورة لرسغ اليد و«وثء الرسغ» . فوثء الرسغ يخفى تحته أغلاط تشخيصية كثيرة ؛ فقد يكون الوثء كسراً في عظم الكعبرة ، أو في التواء الابرى أو الطرف السفلى لعظم الزند ، أو كسراً في العظم الزورقي ، أو صدعاً في العظم المشطى ومن الاصابات التي لا تدرك ، ولا تكتب كثيراً في جداول التشخيص ، صدوع الجمجمة ، والعمود الفقاري والأضلاع ، والقص ، والحوض . ويرى أحد الجراحين أنه رأى مريضاً مصاباً بكسر كامل خلال جسم الفقرة العنقية الرابعة ، وكان هذا المريض يستطيع أن يمشى وظهر كأنه بخير فلم يشبهه في اصابته بضعة أيام ومن العبث التطويل في ذكر هذه الأغلاط . وليس يوجد إلا قواعد قليلة من الضروري ملاحظتها لاتقاء هذه الأغلاط ؛ وقد مرت بك والملاحظات الآتية تنطبق على العظام السليمة :

(١) "Marching" fractures.

ان العظام قد ينكسر لأنه مقر لمرض ، فعلينا أن نقدر ذلك ، وأن نقدر مسؤولية الظروف الحالية ، وأن ننقئ الوسائل العلاجية المناسبة. ان المرشد العظيم لنا هو الخبر بالأشعة ؛ ولا عذر لنا اذا تراخينا في الاستعانة به؛ فان حدث ما يوجب الملام فللوم إلا علينا .

علاج الكسور

أغراضنا في علاج الكسور ثلاثة ، وهي : -

(١) الحصول على الالتحام متين

(٢) واسترجاع وظيفة العضو

(٣) وانقاء التشوه

وغرضنا ، ههنا ، الكلام فيما يحول دون الوصول الى هذه الأغراض مع بيان أسباب الفشل

(١) عدم الالتحام والالتحام الضعيف

تقصد بعدم الالتحام عدم وجود رباط عظمي متين بين شظايا الكسر؛ وتقصد بالالتحام الضعيف التحام الكسر التحاماً عظميةً ضعيفاً يعرض العظام للكسر ثانياً. ويمكن أن يقال إن الطبيعة قادرة على جبر العظم المكسور ، في الشخص السليم ، اذا اقترب طرفا الكسر اقتراباً تاماً ، وبقى الطرفين منقارين زمنياً كافياً . والأسباب الشائعة لعدم الالتحام هي انفصال الطرفين ، وعدم التثبيت الكافي

عدم التثبيت الكافي

أكثر ما يكون هذا السبب في أجسام العظام الطويلة ويمكن أن يحسب سبباً مساعداً للسبب الأصلي الآخر؛ على أنه قد يكون هو نفسه السبب الأصلي . واليك مثلاً يوضح لك ما أريد :

حدث ، عند جندي ، كسر في جسم العظام المشطى المتوسط الليد البيني ، عن عنف مباشر . ولم يعرف الكسر ساعة حدوثه . وبالرغم من شكواه بالألم ، واحتجاجة كثيراً ،

وقوله بعدم القدرة على حمل السلاح والمواظبة على عمله ، بقي في صفه في الخط الأول .
وبعد قليل ظهر ورم في اليد ، فأرسل الى القاعدة ، وقد جد القتال ، واشتدت الحرب ،
فلم يلبث إلا قليلاً في مستشفى القاعدة^(١) ، ومنه أرسل الى الخيام المضروبة للناقبين . ولما
فحص عنه ، بعد الاصابة ببضعة أسابيع ، وجد أن الكسر لم يلتحم . فمن المعقول أن ينسب
عدم الالتحام الى عدم التثبيت ؛ لأن طرفي الكسر لا يمكن أن يتباعدوا ، في هذه الحالة
تباعداً كثيراً ، كما لا يمكن أن يكون العنف المباشر الذي أحدث الكسر قد أرسل شيئاً
من الأنسجة الرخوة بين طرفيه

انفصال الطرفين

هذا السبب وحده ، أو مع غيره ، من أكبر العوامل على عدم الالتحام المتين .
وقد يكون الانفصال من اعتراض الأنسجة الرخوة بين طرفي الكسر ، أو من تراكمهما
من تأثير الانقباض العضلي ، أو من عدم تواجده سطحي الكسر كما يحدث في كسور رأس
العضد ؛ إذ يدور الطرف العلوي الى الوحشية ، ويجذب الطرف السفلي الى الأنسية ،
أو من تباعد طرفي الكسر من الانقباض العضلي كما يحدث في كسور عظم الرضفة وعظم
النتوء المرفقي

وأراني بحاجة الى أن أضيف الى هذين السببين - انفصال الطرفين ، وعدم تثبيتهما -
سبباً ثالثاً لعدم الالتحام ، وهو استعمال جبائر الجبس . ولا شك عندي في أن هذه
الجبائر ، في أيدي الخبراء ، حميدة النتائج لكنها كثيراً ما شوهدت ، بعد استعمالها ،
كسور غير ملتحمة لا يمكن أن ينسب عدم التجمها الى انفصال الطرفين أو الى عدم
تثبيتهما . ولا شك عندي أيضاً أن عدم الالتحام لا بد ناشئ عن تغليف الطرف
المكسور بجبيرة من الجبس تغليفاً محكماً . ذلك لأن التدليك والنشاط العضلي في الطرف
المصاب مما يساعد على تقوية الالتحام وجبر الكسر بشرط عدم احداث زيغ في طرفي
الكسر أو تحريكهما حركات زائدة بالنسبة . وتغليفك الطرف بجبيرة من الجبس يحول
دون الاستفادة بالتدليك والنشاط العضلي

(٢) التشوه

لتشوه الكسر بعد التحامه سببان ، وهما : -

(١) لين الدشبذ من خطأ في تقدير قوة مقاومة الجهودات

(٢) سوء الرد . وليس سوء الرد من الجهل بعلم الميكانيكيات دائماً . فقد يكون من عدم استعمال المخدر ؛ لأن الانقباض العضلي كثيراً ما يحول دون ارجاع الطرفين في مكانهما ، وهذا الانقباض يزول بالتخدير . واذا تركنا الانقباض العضلي جانباً كان لنا من ألم المصاب ومعرفتنا أننا نهيجه بالرد اكبر عائق يمنعنا من جودة الرد .

وانى أعتمد أن السر في مشاهدة كثير من كسور كولس بغير رد هو الامتناع عن استعمال التخدير لأنى لا أستطيع أن أفهم كيف يستطيع الجراح أن يفك تداخل طرفى الكسر ويرد الزرع بغير المخدر

وللتشوهات الدالة على الكسر ثلاثة أنواع : -

(١) القصر الناشئ عن تراكب طرفى الكسر

(٢) والاعوجاج الرحوى

(٣) والتشوه الزاوى ، وقد يكون التشوه من اكثر من نوع

ويحسن اتقاء القصر ، ولا سيما ذلك فى الطرف السفلى ، على أنه ليس يضر ان لم يكن مصحوباً بتشوه رحوى أو بتشوه زاوى . أما الاعوجاج الرحوى فى الطرف السفلى ، وخروجه عن محوره الطبيعى فمضاعفة جليمة الخطر ؛ لأن الساق تكون عاجزة ؛ لأن مركز الثقل اذا حاول المصاب أن يرتكز على ساقه لا يتفق ، وقتئذ ، وتقط الارتكاز العظمية . ويخيل لى أن لهذا العيب أكبر الشأن فى ضياع الثقة فى صناعة الجراحة

(٣) عطل الوظيفة من الانقباضات ويبس المفاصل

قد لا يسترجع الطرف وظيفته وإن يكن الالتحام متيناً خالياً من التشوه ، وهى من الحقائق التى تجب معرفتها . فليس نادراً أن يكون التعويض عن الكسر المجهور على استواء بسبب انقباض عضلة أو يبس مفصل

ولنحسب أن ساقاً وضعت في جهاز من الجبس بضعة أسابيع، والقدم في حالة حنف^(١) بارتفاع العقب؛ فإذا ما رفعت جهاز الجبس وجدت العظم ملتحمًا التحامًا مرضيًا جيداً؛ وأخبرك المريض أنه لا يستطيع أن يمشى وذلك بسبب انقباض العضلة ذات الرأسين انقباضاً لا يمكنه من وضع عقبه على الأرض

وقد يكون من الصعب اتقاء الالتصاقات في المفصل وحوله في بعض الكسور مثل كسور بوت . ففي هذا الكسر يرتبك مفصل رسغ القدم في الإصابة مباشرة ، ويحسن التعجيل بالتدليك وتنشيط الحركات . ولتعلم أن الميل للتشوه الخاص بهذه الإصابة يزيد برفع الجهاز الضابط ولذلك يكون من الضروري ارجاء التدليك والحركات الى مابعد التصلب الكافي الذي يسمح بفك الجبيرة من وقت لآخر بغير خطر حدوث الزيف وكذلك ليس من السهل اتقاء يبس مفصل الركبة في كسور عظم الفخذ إلا بعلاج الكسر إما بالتصفيح وإما بالمد بالملاقط والكلالطارين خطر . أما علاج كسور عظم الفخذ بالطرق العادية الشائعة فلا يمكننا من رياضة مفصل الركبة إلا بفك الجبيرة لكن يمكننا دفع الرضفة ، من جانب الى جانب ، وعمل تدليك في العضلات المربعة الفخذية ، من أول الأمر ، وبعد ثلاثة أسابيع ، على الأكثر ، يمكننا أن نحرك مفصل الركبة حركة خفيفة

على ان هناك أحوالاً كثيرة ليس ما يمنع فيها من تحريك المفاصل المجاورة للكسر تحريكاً ليناً خفيفاً في الدور الأول من العلاج . فكثير من الكسور ، ولا سيما التي تنحصر في الأطراف الاسفنجية للعظام الطويلة لا تميل الى الزيف ثانياً ، بل منها ما لا يحتاج الى جبيرة لحفظ الشظايا في موضعها الطبيعي بعد ردها مثل كسر كولس في الطرف السفلي من عظم الكعبرة . ففي مثل هذه الحالة لا توجد صعوبة في العلاج

ولا بد من التنبيه إلى مسألة عظيمة الشأن ؛ ذلك أن الحركات التي تعمل في الدور الأول من العلاج لا بد أن تعمل برفق ولين فلا تكون شديدة غير مطلقة . وكذلك لا تكون هذه الحركات دائمة ؛ فبقليل من التدبير تعرف أن حركة قسرية وحدة تجول

(١) الحنف هو Club-foot

بالمفصل في مجال واسع ، كل أربعة أيام تقريباً ، تحول دون يبس المفصل ؛ لأن الالتصاقات لا تحدث في ليلة . وهذا التنبيه ضروري ، لأن الكسر اذا وصل إلى مفصل فانه يكون بحاجة الى الراحة طالما كان ملمسه حاراً . فاذا أسرف الجراح في التحريك ولما يتحسن المفصل فقد يعثره التهاب عظمي مفصلي يبقى طويلاً

استعمال الملاقط الناشبة^(١)

أشرت الى علاج كسر عظم الفخذ بالشد بواسطة الملاقط تخترق الجلد وتنشب في العظم . وهي طريقة لها فوائد لها . ولها أيضاً مضارها ؛ لأن الغشاء الزلاالى المفصلي لمفصل الركبة كبير يغطي سطحاً كبيراً من الجزء السفلي لعظم الفخذ ، ولا يبعد أن تنشب أظفار الملاقط في هذا الغشاء وهي تنشب في العظم فتنتقل العدوى من الجلد الى الغشاء . ويروى أحد الجراحين أنه رأى مريضين قد حدث عندهما التهاب مفصلي صديدي في مفصل الركبة على أثر استعمال هذه الطريقة . وكان المريضان جنديين جريحين . وهل يختلف تركيب جسم الجندي عن غيره ؟ كلا . إذن لا يبعد أن تصادف هذه المضاعفة في غير الحرب

تصفيح الكسر وخطاطته

قد يعالج الكسر بما يسمى بالعلاج العملي لكي يضمن الانسان تثبيت الكسر تثبيتاً تاماً ورجوع وظيفة العضو بأقصر ما يمكن من الوقت ، وهذه الطريقة نشأت على أثر النجاح المستمر في الجراحة الطاهرة^(٢) الحديثة . وكان يعمد اليها ، أولاً في كسور عظم الرضفة والنتوء المرفقي للزند ، أما الآن فليس ، هناك ، ما يدعو الى التنحي عنها في الأحوال المناسبة ، ولا سيما ذلك اذا قابلنا بين النتائج الباهرة لعلاج الكسور المضاعفة بالعملية وبين نتائج علاج الكسور البسيطة بالتثبيت زمنياً طويلاً . فكثيراً ما يستحيل رد الكسر رداً جيداً بدون عملية ، هذا الى أن ارتشاح الأنسجة الرخوة بالدم يفضي الى

(١) الملاقط الناشبة ترجمة Callipers.

(٢) الطاهرة ترجمة Aseptic.

تكوين التصاقات كثيرة ، والى أن التثبيت زمنًا طويلاً من شأنه أن يحدث ضموراً في العضلات ، ويسبب في المفاصل ، وهذه كلها مما يقلل كثيراً من قيمة العامل بعد كسر فخذه أو ساقه مثلاً بسبب التشوه الدائم ، أولاً ، وبسبب يئس المفاصل ، ثانياً ، وبسبب طول زمن العلاج والنقح الذي يحسب بالأشهر لا بالأسابيع ، ثالثاً . أما إذا عمد الجراح الى الطريقة العملية فرفع الدم المنسكب ، وخلص طرفي العظم المكسور من الأنسجة المعرضة بينهما ، وضم الطرفين بساك من الفضة أو بلولب أو بمسار فيكون النقح أقرب ويحفظ العظم طوله ، ويتيسر تدليك العضلات والمفاصل أعلى الكسر وأسفله مما يحول دون الضمور واليئس

أما الأحوال التي تليق للعمليات فتختلف حتماً باختلاف رأى الجراح المعالج في تبرير العمل ، لكن أغلب الجراحين متفقون على أن العملية ضرورية في الأحوال الآتية :

(١) كسور العظام الصغيرة أو التواءات التي لا يتيسر تثبيتها بالأجهزة المختلفة ، والتي يكون التحامها بغير عملية بطيئاً ناقصاً كعظم الرضفة والتواء المرفق للزند

(٢) والكسور الواصلة الى المفاصل حيث تزوغ الشظايا كالفصال التواءات اللقمية من عظم الفخذ أو العضد

(٣) والكسور في جسم العظام الطويلة التي تكون منحرفة أو حلزونية ، ومصحوبة بترابك عظيم والتي تكون فيها الأطراف المكسورة حادة داخلية في الأنسجة العضلية أو غيرها . ففي هذه الأحوال كثيراً ما يصعب رد الكسر رداً جيداً حتى بعد شق الأنسجة ويكاد يكون ردها رداً جيداً مستحيلاً بغير عملية

ومن ذلك يتضح أن العلاج العملي بالشق على الأنسجة المصابة ، وتثبيت الشظايا تثبيتاً قوياً بصفائح معدنية أو مسامير ، أو مناطق قاسية لعلاج الكسر ضمن طريقة لجبره بغير تشوه على أن يكون الجراح صناعاً خبيراً حاذقاً . فمن مزايا هذه الطريقة ، عدا إحكام الشظايا في موضعها الأصلي ، استعمال جبائر أقل صلابة ، والتبكير بالتدليك والحركات ، واطقاء القروح الناشئة عن استعمال الجبائر زمنًا طويلاً . لكن يحول دون شيوع علاج الكسر بالعملية ظروف كثيرة ؛ منها أن يكون الجراح على دراية عظيمة

بهذا النوع من العمل ، كما أسلفنا ، ومنها أنها تقتضى الطهر التام والنظافة بأوسع معناها الجراحي ، ومنها أن الجراح يحتاج الى مساعدين لا يقاون خبرة عنه . ولتعلم أن التلوث خطر حقيقى يجب اتقاؤه

وهناك ظرف آخر أقل شأنًا مما ذكر ، وهو احتمال حدوث ألم مستمر عقب عملية تصفيح الكسر . لهذا كان من الضرورى تقييد الجراح الخبير فى علاجه الكسر بهذه الطريقة ، فلا يعالج بها الا الأحوال التى ذكرت

وعلى الجراح أن يعجل بالبت فى الطريقة التى يريد اتباعها فلا يعالج الكسر بالجباثر ، أولاً ، فاذا لم يصل الى نتيجة مرضية لجأ الى العملية . فمن الخطأ أن يسير الجراح بهذا الشكل ؛ لأن من دواعي النجاح فى العلاج العملى للكسر التعجيل بالعملية ولما يتكوّن الدشبذ والالتحام

كسور الرضفة

تمكسر الرضفة إما بالمجهود العضلى وإما بعنف واصل ، وتختلف الاصابة باختلاف السبب مما يحتم شرح كل نوع على حدة

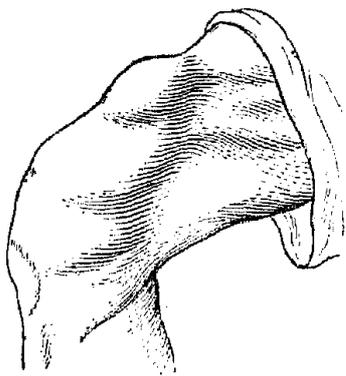
(١) كسور العنف الواصل - قد تخترق العظم فى أى اتجاه ، لكنها تكون غالباً عمودية أو نجمية الشكل ، مصحوبة بتفتت . والمعتاد أن يتألف الكسر من صدوع بدون زيفان بسبب سلامة الصفاق أو محافظة العظم . ويصحب الاصابة قروت شديد تحت الجلد ، وشىء من الانسكاب فى المفصل ؛ ويمكن الشعور بالصدع بالجلس بعناية وادراك الحشخشة أحياناً

العلاج - إراحة العضو على جبيرة خلفية ، واستعمال الوضعيات الباردة . ولا بد من التبكير بالحركات القسرية إذا كان الانسكاب الدموى فى المفصل شديداً وقلما نضطر إلى العملية

(٢) كسور المجهود العضلى - تكون دائماً مستعرضة ، وغالباً كاملة ، ويصحبها زيفان عظيم بسبب تمزق الصفاق الليفى

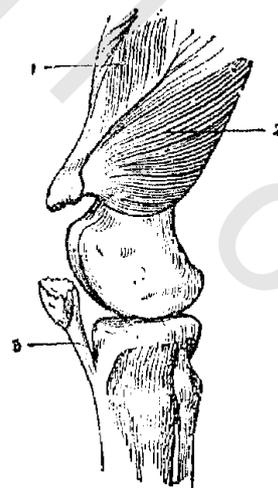
طريقة الكسر - حين انثناء الركبة نصف انثناء، تعلق الرضفة مقدم لقمتي الفخذ، وترتكز على منتصف السطح المفصلي : فاذا انقبضت العضلة المربعة الفخذية انقباضاً عنيفاً فجائياً، والركبة في هذا الوضع، كأن يحاول الانسان أن يسترد توازنه وقد زلّ أو زلق، أخذت الرضفة على غرّة منكسرة. وربما مهد لهذا الكسر، في بعض الأشخاص ضعف سابق لأنه ليس من النادر أن يشاهد الانسان انكسار الرضفة الأخرى بعد الأولى بزمن. وقد يقسم الكسر العظم قسمين متساويين (شكل ٤)، لكن الأغلب أن تكون الشظية السفلى أصغر. وقد تنكسر احدى الشظيتين كسراً عمودياً أو تفتتياً

العلامات - هي فقد القوة، والألم، وامتلاء المفصل بالدم، وانفصال الشظايا كما يدرك بالجلس (شكل ٥). وهذا الانفصال ناشئ عن التأثير العضلي غير المقاوم، ويصحبه دائماً تمزق في الاستطالات الجانبية للعضلات المتسعة وقلما يتم الالتحام العظمي بدون عملية بسبب انفصال الشظايا، وتوسط قطع الصفاق الليفي أو المحفظة التي تمزق في مستوي يختلف عن مستوى الكسر، والمعتاد أن يحدث الالتحام الليفي، ولا بأس به لو كان قصيراً متيناً، ولكنه يطول مع استعمال المفصل، فتفصل الشظيتان



(شكل ٥)

منظر الركبة بعد كسر الرضفة



(شكل ٤)

كسر عظم الرضفة مصحوب بانفصال الشظيتين

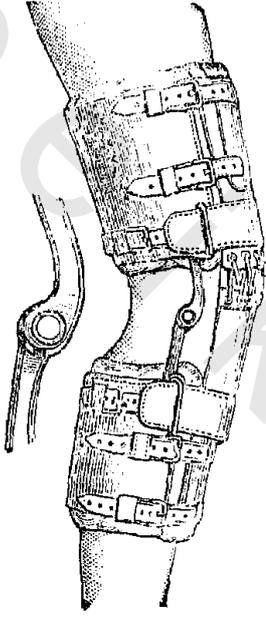
١ - العضلة المستقيمة

٢ - العضلة المتسعة الوحشية

٣ - الرباط الرضفي

الواحدة عن الأخرى بجسر من المنسوج اللينى ، مما يجعل المفصل ضعيفاً مفقودة فيه قوة البسط الذاتي

العلاج - يعالج هذا الكسر إما بالأجهزة الضابطة ، وإما بعملية تحت الجلد ، وإما بعملية مفتوحة



(شكل ٦)

جيرة للرضفة المكسورة تستعمل هذه الجيرة بعد التحام الشظية العليا والسفلى التحاماً ليقياً . ويمكن زيادة درجة الالتئام تدريجاً في المفصل الفولاذى الذى الى كل جانب . ولا يمكن أن تنثنى الركبة ، عند العثرة ، أكثر مما هو مناسب ، فلا يمكن أن يتمدد الالتحام اللينى أو يتمزق . ولتسهيل بسط العضو ترى رباطاً متيناً مرناً يصل بين الجزء العلوى والسفلى من مقدم الجيرة . وهذا الرباط قابل للضغط . ويساعد كثيراً العضلة المربعة الفخذية الضعيفة

(١) تستعمل الأجهزة الضابطة البسيطة اذا كان الانفصال بين الشظيتين قليلاً ، وكان تقريريها ممسكناً بسهولة ، وكان المصاب غير لائق للعملية

بعض الجراحين يعتمد على جهاز الجبس لضبط الشظايا فتبسط الساق ، اذا لم يكن فى المفصل الا انسكاب قليل ، ويلف الطرف برباط بوريكى ، ويوضع فوقه جهاز الجبس بطريقة كروفت . ولا بد من تجديد الجهاز بعد اسبوع أو عشرة أيام لاسترخائه بسبب الضمور العضلى . ويمكن المريض فى الفراش ثلاثة أسابيع أو أربعة . ولا بد من التدليك المنتظم للمحافظة على تغذية العضلات وتسهيل الالتحام . ولا يسمح بنثى الركبة الا بعد سندها بجهاز كالدنى فى (شكل ٦) لتحديد الحركة . وليكن ذلك بعد الاصابة بأربعة أسابيع ، ولا بد من لبس هذا الجهاز سنة تقريباً . واذا كان هناك انسكاب عظيم بعد الاصابة يوضع الطرف على جيرة خلفية ، ويبرد المفصل بكيس من الثلج أو بالوضعيات الباردة حتى يمتص السائل ؛ ويصح أن يبرز المفصل ، ثم يوضع جهاز الجبس على نحو ما ذكر

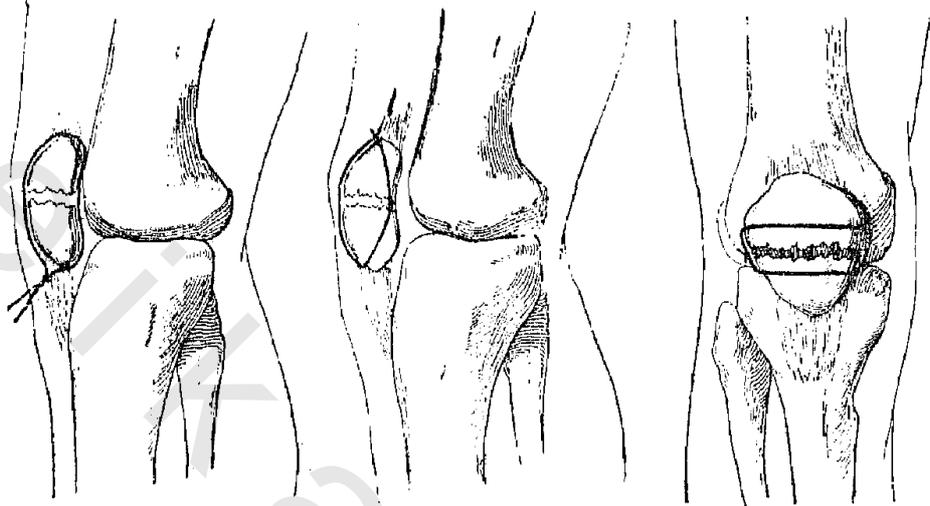
وهناك طريقة أخرى تشتمل على وضع الجبس على قطعة كبيرة من جلد الخلد على مقدم الفخذ والسطح الوحشى منها وممتدة الى منتصف الفخذ من الأعلى ، أما من أسفل فننتهى

بطرفين لعمل شد مرن . ويوضع الطرف على جبيرة خلفية بمسند قدمي فيه يثبت جهاز الشد المرن . ويعجل امتصاص الانسكاب بالزل . ويسمح المصاب بالمشي بعد ستة أسابيع ، والطرف في جهاز من الجبس ، وبعد الحادثة بثلاثة شهور يمكن استعمال مسند الركبة (كما في شكل ٦) وفائدته تحديد الحركة ، أولاً ، وزيادتها ، بعد ذلك ، تدريجياً ببرد مشبك . ويحتمل ألا نحصل إلا أعلى التحام ليفي بهذه الطريقة ، مما يكون متيناً إذا أعطى الوقت الكافي لكي يشتد صلابة . وأقوى دليل على متانة هذا الالتحام الليفى أن العظم إذا انكسر مرة ثانية كان الكسر في المنسوج العظمى لافى المنسوج الليفى واثن كان المصاب مضطراً الى الجرى الى معاشه فمن الضرورى جبر العظم بأقرب ما يمكن مما لا يتيسر إلا بعملية

(٢) وهناك عمليات مختلفة تعمل تحت الجلد لاتقاء الخطر الموهوم من فتح المفصل وأقرب هذه العمليات الى الصواب طريقة باركر (Barker) الذى يربط الشظيتين بسلك من الفضة (شكل ٧) . تعمل فتحة فى المفصل بقاطع الوتر أسفل الشظية السفلى ، ويستخرج الدم المنسكب ، أو السائل الزلالى المفصلى خلالها ، ومنها يدخل الجراح إبرة فتق منحنية تجتاز بالمفصل من الأسفل الى الأعلى وتخرج من الجلد أعلى الشظية العليا . وبذلك تحمل قطعة من السلك الفضى المعقم خلف العظم . ثم يدخل الجراح الإبرة من الفتحة السفلى أيضاً ، ويمر بها أمام العظم ، لكي تخرج من الفتحة العليا نفسها . ثم يدخل الطرف العلوى من السلك الفضى فيها ، وبذلك يخرج السلك من الفتحة السفلى ، ويكتنف العظم . وبشد السلك ولفه تتقارب الشظيتان . ويقطع طرفا السلك ويدفع تحت الجلد . ويوضع الطرف على جبيرة خلفية مدة أسبوع تقريباً وبعدها تعمل الحركات القهرية ، ويسمح للمريض بالمشي فى نهاية الأسبوع الثانى تاركاً كل أنواع الأجهزة فى نهاية الأسبوع الخامس

(٣) أما العلاج بالطريقة المفتوحة التى عضدها اللورد استر وحسنها فأفضل بلا شك لتيسر استئصال الشذرات الصفاقية التى تتوسط الشظيتين . وقد يكون من الصواب تأخير العملية بضعة أيام يسترد فيها المفصل تأثيرات الاصابة المباشرة

في هذه الطريقة تنزع شريحة من الجلد على شكل نعل الحصان الى الأعلى لكي يتعري العظم المكسور . وينظف المفصل من الجائط الدموية ، والسطوح العظمية من الجائط والشذرات الليفية التي تكون ملتصقة غالباً . ويعمل مجرى للسلك بالثقب ، تمتد



(شكل ٧)

خيطة الرضفة المكسورة
بخيطة تحت الجلد
بطريقة باركر

(شكل ٨)

خيطة الرضفة بعملية
مفتوحة بطريقة لستون

(شكل ٩)

وضع السلك الفضي
للرضفة المكسورة
بطريقة هاملتون

من الطرف العلوي أو السفلي ، خلال منتصف العظم الى السطح المكسور أمام الغضروف المفصلي مباشرة (شكل ٨) ؛ فاذا خرج المثقاب في مستويات مختلفة على وجوه الشظايا ، فلا بد من قرض العظم أو الغضروف لتهيئة مجرى للسلك لكي تكون الشظيتان في مستوى واحد ، والغضروف المفصلي بانتظام . ثم يسلك السلك الفضي المعقم بالسمك المناسب في المجرى ، وتحكم الشظيتان ، ويلف السلك مكوناً عقدة أو عروة تدفع في المنسوج الوتري أو السمحاقى الذى يعلو الشظية العليا لكي لا يكون بارزاً تحت الجلد فيهيجه . وقد نحتاج الى سلك آخر لمنع دوران الشظايا . ويقفل الجرح ، ويوضع الطرف في جبيرة خلفية . ويمكن الابتداء في الحركات القهرية بعد اليوم العاشر ، في الشخص السليم ، وقد يسمح للعصاب ، في نهاية الأسبوعين ، بالمشي في الأحوال البسيطة ؛ لكن من الصواب تثبيت الطرف مدة أطول من ذلك اذا كان الكسر مصحوباً بمضاعفات ، أو المصاب كبير السن

وقد يستحسن إدخال السلك مستعرضاً خلال الشظيتين (شكل ٩) على نحو ما رأى المستر هاملتون الفربولي (Mr. Hamilton of Liverpool) لأن تماسك الشظيتين يكون بذلك أشد متانة وأقوى ، ولأن السلك لا يتقلقل

وفي الأحوال المزمنة التي امتد فيها الرباط الليفي ، وبطأت فائدة العضو بظلالاً عظيماً ، لا يفيد المريض سوى العملية ، التي فيها يستأصل المنسوج الليفي ، وتجدد سطوح الكسر ، عند الضرورة بالمنشار ، ثم تقب لمور السلك . ولإحكام الشظيتين لا بد من تخلص الشظية العليا من عظم الفخذ لأنها تلتصق بها غالباً ، ويلزم قطع العضلة المنقمة قطعاً جزئياً لأنها تنكمش على الأثر . ولا بد من رفع العضو جيداً لارحاء العضلة المربعة الفخذية ، وتقليل التوتر على رباط الالتحام . ثم يخفض العضو شيئاً فشيئاً بالتدرج . وبذلك تتمدد العضلة لمناسبة الظروف الجديدة

وإذا لم يتيسر تقريب الشظيتين مطلقاً فلا بد من اتباع الطريقة نفسها ، ويسمح للمريض بالمشي وبين الشظيتين عروة من السلك الفضي ؛ وبذلك تتمدد العضلة المربعة الفخذية فيرجى نجاح عملية تالية

ويحسن ، بعد أن أطلت الكلام في كسور الرضفة ، أن أوضح لك الأغلاط الشائعة في علاجها ، وأن أذكر بعض الملاحظات بشأن خياطة الكسور عامة بالسلك المعدني :-

سمعت جراحاً شهيراً يقول إن جميع الكسور المستعرضة في الرضفة يجب أن تعالج بخياطة الشظايا بالسلك . ولست على هذا الرأي . لأن سبب عدم التحام الشظايا في كسر الرضفة إذا لم يعالج بالثبوت بالخياطة هو انفصال طرفي الكسر مما ينشأ عن انجذاب الشظية العليا بالعضلة المربعة الباسطة . وهذا الانفصال لا يكفي لتعطيل الوظيفة في المستقبل إلا إذا تمزق الصفاق المتين من جانبي الرضفة أيضاً مما لا يطرده دائماً . وهذا هو الاعتبار الوحيد الذي يجب أن نسترشد به . ولاشك أن الحاجة إلى الخياطة تكون أقل إذا كان الكسر صدعاً ولم يتمزق سمحاق العظم كما يرى أحياناً

من ذلك يتضح أن التمزقات في التمددات الصفاقية الجانبية هي الاصابات الحقيقية التي تقتضى العلاج بالشق والخيطة ، وبغير هذه الطريقة لا تحدث الفائدة . ولتعلم أن الانفصال في الشظايا اذا تجاوز ربع القيراط كان دليلاً على التمزقات الجانبية مقتضياً الخيطة . أما إذا كان الانفصال أقل فهناك أمل باسترجاع كل الوظيفة بغير العملية وليس « التعبير بخيطة الرضفة بالسلك ^(١) » تعبيراً دقيقاً ؛ لأن الخيطة ليست أهم جزء في العملية . هذا الى أن السلك ليس بأفضل مادة لخيطة العظم . ولكن هذه التسمية مقبولة ومناسبة لا ضرر منها اذا عرفنا أن خيطة التمددات الصفاقية هي أهم خطوة في العملية

ولا بد أن يكون الشق للعملية منحنيًا ، وأن ترد الشريحة الى الأعلى لاطهار الميدان وقد رأى بعضهم مريضاً بناصور على رضفته ، وكانت قد خيطة بالسلك وكان شق العملية رأسياً في متوسط العظم ، وكانت أطراف السلك أسفل خيطة الشق مباشرة مما أحدث الناصور . فلم يكن الشق كافياً لتوضيح ميدان العملية ، ولم تكن الخيطة في الموضع المناسب ؛ إذ يفضل وضع السلك في حافات العظم حيث يكون بعيداً عن الضغط ويرى البعض ألا يستعمل السلك مطلقاً . فالسلك الفضى ليس متيناً ، وقد ينكسر في اثناء لى أطرافه ، أو في اثناء عمل الحركات . وان لم يلف كلا الطرفين ، كما يحدث أحياناً ، فقد ينزلق الطرف المستقيم من الطرف الملفوف ولا يتم التثبيت . هذا الى أن السلك نفسه اذا أحكمت لفة فقد يقطع العظم الاسفنجي اذا لم يكن الثقب بعيداً عن الحافة . وعلى ذلك يحسن استعمال مادة أخرى أقل صلابة من السلك لخيطة العظم كالحرير أو الكاتجت المتين وإلا فالسلك النحاسى خير من السلك الفضى

خيطة العظام الأخرى

قد شوهدت أحوال غريبة عقب محاولة تثبيت شظايا العظم المكسور بالسلك . وأغلب هذه الأحوال تشوهات زاوية ناشئة عن وضع السلك فى سطح واحد من العظم

(١) خيطة الرضفة بالسلك ترجمة Wiring of the patella.

المكسور فلا يستطيع أن يحفظ الشظايا في المحور الصحيح . ولعل الخطأ ينشأ عن الشقوق المستقيمة التي لا توضح الميدان جيداً

يدس المفاصل عقب الكسور

قد مر بآ أن المفاصل المجاورة للكسر قد يعثر بها شيء من اليبس . والمعتمد التغلب عليه بالتدليك والحركات . وقد يصادف أن المدالك لا يجد شيئاً من الحركة في المفصل لكن يجول به في مجال أوسع . وقد يرى ، وقتئذ ، تحريك المفصل قسرياً ، بعد تخدير المريض ، لأنه إذا وجد شيء من الحركة يمكن زيادته بالتحريك المتكرر والتدليك ، بعد ذلك ، بغير تخدير . والذي عليك ، أن تعرفه ، أيها الجراح ، أن العظام ، في أحوال الانكيلوز التام ، تكون ضامرة من بطلان الوظيفة سهلة الكسر . وكثيراً ما يتهيب^(١)

العظم والجراح يحاول تحريك المفصل تحت التخدير

وقد ينكسر العظم في غير موضع الكسر . وأخص ما يكون ذلك في عظم الرضفة في أثناء تحريك مفصل الركبة تحريكاً غشيماً بقوة . وعليك أن تلاحظ : -

(١) اتقاء اللي تحت التخدير ، وعدم الالتجاء اليه إلا بعد فشل الوسائل الأخرى ، كأن يوضع الطرف ، في حالة يدس مفصل الركبة ، على كيس من الرمل يوضع أعلى الركبة مباشرة ، فتتدلى الساق بثقلها مثنية

(٢) والاحتياط الآخر هو الاكتفاء باليسير من الحركة التي نحصل عليها . وإياك أن تطمع في تحريك المفصل حركاته كلها . فإذا أمكن الحصول على حركة بسيطة تمكن المدالك من الاعتماد عليها وتنشيطها بالتدليك . هذا الى أن القليل من الحركة في المفصل يقوى العظام ويحسن حالتها فلا تعود سهلة الكسر اذا رأى الجراح أن يلجأ أخيراً الى استعمال القوة في التحريك تحت تأثير المخدر

(١) تهيب العظم تهيباً وانهاض انهاضاً اذا انكسر بعد الجيوب

قروح الجبائر

تنشأ هذه القروح عن ضغط الجبائر ضغطاً متواصلاً ، وهي متعبة جداً . وكثيراً ما يصادف الجراح قروحاً تحتاج الى وقت أطول مما احتاجت اليه الاصابة الأصلية . وتتقى هذه المضاعفة بقليل من العناية

شلل الجبائر

قد يشاهد هذا الشلل في الكسور التي تكون ، على الأخص ، حول المرفق ، وينشأ عن ضمور عضلي^(١) عن احتباس الغذاء الدموي الشرياني في الطرف عن ضغط الجبائر والربط الغشيم المحكم . ومن النادر مشاهدة هذه المضاعفة ، الآن ، بعد معرفة سببها ، واتقائه

الفصل السابع والعشرون

التشوهات

تمتاز جراحة التشوهات بشيء ، ذلك أن قواعد الوقاية التي تذكرها كتب الجراحة بالتفصيل لا يلتفت إليها عملياً في المداواة
أما أعلاط العلاج فيحسن ذكرها مع هذه القواعد العامة التي كثيراً ما تفوت الطبيب في عمله

ينشأ أغلب التشوهات الجراحية عن سبب أو أكثر من الأسباب الآتية :

(١) عيوب عضلية ، وخاصة فقد توازن عضلة

(٢) يبس المفاصل عن

(أ) انقباض عضلي عن خمود مزمن

(ب) انكيلوز (ليفي أو عظمي)

(٣) آفات العظم وأمراضه

العيوب العضلية

إن الضعف العضلي وحده ، بغير شلل حقيقي ، سبب أحوال كثيرة تستدعي اهتمام جراحي التشوهات في الطفل . وأحسن مثال لذلك القدم الرحاء^(١) . فلنحسب أن طفلاً قد طال مرضه ولزم الفراش في اثناء المرض . فعضلات بطن رجليه (سمانة الساق) تصبح ضعيفة فاقدة القوة ، فاذا تماثل ، وابتدأ في المشي فانها لا تقوى على سند قوس القدم ولا تتساوى مع ثقل الجسم فيزول تقوس الأخمص . هذه الحقيقة أو القاعدة تمر بغير ملاحظة فترى الطفل ، وهو يحجل في مشيته ، ولا يستطيع أن يجرى ، لأنه لا بد أن يضع عقب قدمه على الأرض مع كل خطوة . ولا يذهب الى الطبيب إلا أخيراً

(١) القدم الرحاء ترجمة Flat-foot

بعد فوات زمن الاصلاح ؛ إذ يكون الطفل قد تعود الوضع الرحائى ، ولو أمكن الوصول الى شفاء الضعف العضلى المسبب فان المشية المميزة وعدم القدرة على الألعاب الرياضية قد يبتقيان . ولتعلم أن القدم الرحاء كثيراً ما تحدث بهذه الطريقة بغير أن تخطر ببال الطبيب

على أنه وان يكن زوال تقوس الأخمص فى القدم الرحاء ، فى المثال القياسى ، من ضعف عضلات بطن الساق التى لا تتقوى على سند التقوس سندا كافياً إلا أن ضعف السند قد لا ينسب الى ضعف مرضى . فقد يكون عن اجهاد متوسط العضلات التى تعمل فوق طاقتها . وهذا هو ما يحدث فى كسر عظمى القصبة والشظية الملتحمين بتشوه زاوى وانقلاب القدم الى الخارج ، فسند تقوس الأخمص فى مثل هذه الظروف يفوق طاقة أقوى العضلات

الالتواء الجانبي فى العمود الفقارى

والالتواء الجانبي فى العمود الفقارى مثال آخر للتشوه الناشئ عن الضعف العضلى فاذا عرفنا سبب الالتواء فلا بد أن يقصد العلاج فى الحالة القياسية إلى استرجاع القوة العضلية ، ووقف سير التشوه ، وتحسين حالة الالتواء الذى حدث . والوقاية مفتاح النجاح ، ولذا يلزم معرفة الضعف العضلى قبل حدوث التشوه . وما معرفته بأصعب من معرفة الغدد الأنفية الخلقية والدرن فى المفصل الفخدى الوركى . والالتواء الجانبي كالتقدم الرحاء ؛ كلاهما يمثل تشوهاً ناشئاً عن أن عضلات معينة ليست من القوة بحيث تسند ما يليه عاينها قوة الجاذبية من الثقل . على أن هناك ، أحوالاً أخرى لا يكون سبب التشوه قوة الجاذبية وانما يكون سببه تغلب فئة من العضلات على أخرى ؛ وهو ما يسمى باختلال التوازن العضلى وهذا الاختلال هو سبب القدم القفداء القفداء الخلقية ، وغيرها من التشوهات المختلفة الناشئة عن التهاب المادة السنجابية النخاعية المقدمة

الحنف أو اعوجاج القدم الخلقى

ينشأ الحنف الخلقى^(١) من ضعف العضلات الشظيية التي لا تقوى على مقاومة عضلات بطن الساق . ولهذا السبب تصير القدم قفداء فدعاء . ففي هذه القدم تطول العضلات الشظيية ، وتبقى كذلك ، مما يزيد بها ضعفاً ، لأن العضلات التي تبقى مشدودة بتأثير العضلات المضادة المتحركة فيها تضعف تدريجاً ولا تستطيع تأدية وظيفتها . وليس يقتصر الأمر على ذلك بل كلما ازدادت العضلات الضعيفة تمدداً ازدادت العضلات المضادة قوة وقصرأ ، فاذا ترك الاختلال وشأنه عاد يستحيل ارجاع القدم الى حالتها الطبيعية باليد . واذا زدنا اهمالاً تغير شكل العظام والأربطة الداخلة في مفصل رسغ القدم ومفصل عظام الرسغ . وهذه كلها مما تزيد صعوبة تقويم التشوه

فالعلاج لا بد أن يرمى الى معرفة ضعف العضلات الشظيية من مبدأ الأمر والعمل على اصلاح اختلال التوازن العضلي . ويتم هذا الغرض بعكس الظاهرة التي أحدثت التشوه ، وبعبارة أخرى ، بتثبيت القدم بحيث تتوتر العضلات السليمة ، وتبقى العضلات الضعيفة في الحالة المضادة . ومن الصحيح ، أن تعرف أنه ليس من السهل جداً ، في الطفل ، الوصول الى هذا الغرض أو تثبيت القدم في الوضع المطلوب . ولكن الجراح يمكنه أن يصل الى ذلك بهمته ، ونشاطه ، واخلاصه في عمله ، وتجاربه

ولقد عرف انقراط ما لربط الحنف الخلقى ربطاً قوياً وتثبيته تثبيتاً جيداً من التأثير النافع ، في هذه الأحوال ، ولا يسع الانسان الا الاعتقاد بأن اهمال الأطباء هذا التشوه في الأدوار الأولى إنما نشأ عن ياسهم من الوصول الى العلاج التام ، الذي

(١) يحسن ، من باب الشيء بالشيء . يذكر ، أن أضع تشوهات القدم بالانكليزية وما استعملته

انقلها الى اللغة العربية

Talipes or Club-foot.	الحنف أو اعوجاج القدم
Talipes Equinus.	القدم القفداء
Talipes Calcaneus.	الاعوجاج العقبى
Talipes Varus.	القدم الفدعاء
Talipes Valgus.	القدم الوكعاء
Flat-foot.	القدم الرحاء
Spastic Talipes.	الحنف التشنجي
Talipes Decubitus.	الحنف الاستلقاني

يقتضى خبرة واسعة ، ومثابرة متواصلة مما لا يتفق لكثير من المعالجين بسبب ضيق وقتهم ولعل ما ذكر هو السر في كثرة عمليات قطع عظام الوتر ، وفي الالتجاء الى عمليات قطع عظام رسغ القدم أحياناً ، وهلا ترى ، أيها الجراح ، ما حدث من التطور الغريب ، في علاج درن المفاصل والعظام ، في هذا العصر ، فلم تعد تلجأ الى العمليات الكبيرة ، في هذه الأحوال ، إلا نادراً ، ووقتئذ تحسب عليك هذه العمليات عيوباً في عملك ؛ لأنها اعتراف منك صريح بفشلك النهائي في العلاج الأولى فشلاً لا يبرره عذر ولو من الأعدار التي تكون أقبح من الذنب . وحبذا لو وصلت جراحة التشوهات الى هذه الدرجة من التقدم

والملاحظات التي ذكرت علاجاً للحنف الخلقى تنطبق تماماً على الأحوال المصابة بالمرض المعروف بالشلل الطفلي . فقاما يكون الشلل كاملاً في هذا المرض ، ويمكن الوصول الى درجة عظيمة من الشفاء واثقاء التشوه بالعمل على تقوية العضلات الضعيفة المتمددة ، وبالمحافظة على دقتها ، وبرياضتها رياضة لا تكون فوق طاقتها واليك غلظتين ربما كانتا شائعتين : -

رأى أحد الجراحين صبياً مصاباً بارتخاء في القدم^(١) جاءه عقب التهاب المادة السنجابية النخاعية المقدمة^(٢) فأخبرته الأم أن الصبي يعالج بالتدليك والرياضة . وباستفهام الجراح عن نوع الرياضة أخذ الصبي يمشى على أطراف أصابعه ؛ وأنت علم أن هذا النوع من الرياضة لا يستعمل إلا ارادة ارجاع التوازن العضلي ، وان لم يستعمل بحق لهذا الغرض فضرر المريض قريب

أما الغلظة الثانية فهي استعمال جهاز يفوق طاقة الطرف الضعيف ارادة مقاومة التشوه . فالصواب رياضة العضلات الضعيفة الى حد طاقتها ، أما تجاوز هذا الحد فتجاوز الصواب لما يحدث عنه من الضرر

وقد ينسى أن اختلال التوازن العضلي عامل على توليد التشوه ليلَ نهاراً ، صباح مساءً ، وهذا مما يستدعى عدم اهمال العلاج ليلاً . فليس يكفي مثلاً ، في القدم القفداء

(١) ارتخاء القدم ترجمة . Foot drop.

(٢) التهاب المادة السنجابية النخاعية Anterior poliomyelitis

الغدعاء^(١) أن يأمر الجراح بجهاز من الحديد يسير من الجلد بشكل T و بناض^(٢) لرفع القدم يلبس نهاراً ، ويترك ليلاً فتترك العضلات المشوّهة تعمل عملها ليلاً . وبعد أن يستغنى عن جهاز المشى يجب استعمال جبيرة من المعدن أو جبيرة من الجبس لحفظ القدم في الوضع المقوم ، وذلك مباشرة عقب الاستغناء عن الجهاز وبمناسبة الأجهزة الحديدية التي تستعمل لتقويم التشوهات والتي تثبت في مؤخر حذاء المريض أرى من الضروري أن أذكر أن هذه الأجهزة لا تؤثر في القدم إلا بواسطة الحذاء ، وإن لم تكن محكمة الوضع في الجهاز من جهة ومحكمة على القدم من الجهة الأخرى ضاعت فائدة الجهاز أو كادت

وقبل ختام هذا الموضوع يحسن أن أكرر القول بأن من الممكن اتقاء التشوه في جميع أحوال اختلال التوازن العضلي بمساعدة العضلات الضعيفة مساعدة دائمة متواصلة . وأن من العيب العائب في الجراحة ، ومن الفضيحة الفاضحة للجراح ، أن يلجأ الى قطع الوتر ، أو قطع عظام رسغ القدم ، مما لا يمكن أن يحسب عمليات نهائية ومما لا يمكن أن يشفى اختلال التوازن العضلي . وحسبك أن تعرف أن فائدة قطع الوتر أو قطع عظام الرسغ لا تتجاوز القيام باصلاح تأثيرات الاهمال الماضى اصلاً بطريقة غير مرضية ، هذا الى أنه لا يمنع الحاجة الى استمرار العلاج اما بشأن قطع الأوتار التي تنشط القدم فلا علم لي بشيء من الحوادث إلا ما سمعته عن اصابة الشريان الفخذي في أثناء قطع وتر العضلة المقربة للفخذ قطعاً تحت الجلد . ولا شك أن العصب المأبضى الوحشى قد أصيب في أثناء قطع وتر العضلة ذات الرأسين . وقد اخترعت عملية قطع الوتر تحت الجلد في أيام جون هنتر^(٣) تقريباً . وكان الغرض منها قطع الوتر بغير أن يواجه الانسان خطر العفونة أو تلوث القطع . أما الآن فلا شأن لهذا الخطر . وإنه وان تكن للعملية تحت الجلد مزايا ومنافع إلا أنها لا تعادل الخطر الذى تتعرض له بعض الانسجة المجاورة جليئة الشأن التي ينشأ عن اصابتها ضرر عظيم

(١) القدم الغدعاء الغدعاء هي Equino-varus. (٢) الناوض هو الزنبك

(٣) John Hunter.

قطع العظام

لقطع العظام مضاره . ولا يزال أحد الجراحين يذكر ما حدث له ذات مرة ، وقد قطع عظم الفخذ أعلى القمطين في حالة العصل ، وهي ذكرى مؤلمة ، ذلك ان الجراح بعد عمل العملية اضطر الى التخلف عن اتمام العلاج بعدها بسبب مرض طويل فوضع القائم بعمله في أثناء غيابه الساق في الجبس وأخرج المريض من المستشفى . ولما عاد الجراح الى عمله ، وعاد المريض اليه رأى أن العظم قد التحم تماماً ، وأن التشوه بقي كما هو قبل العملية

ويرى الجراح نفسه أن الجبس من الوسائل الخطرة لتثبيت العظام التي يقطعها الجراح أو يكسرها اذا لم يضعه خبير حاذق ، فكثيراً ما نرى عقب استعماله تشوهات غير منتظرة بعد رفع غلاف الجبس ، وكثيراً ما نرى العظام غير ملتحمة أيضاً

أما عملية قطع العظم نفسها فليست صعبة لكن هناك أغلاطاً معينة قد يقع فيها الجراح في أثناء عملها . من هذه الأغلاط ، وأقلها شأنًا قطعك العظم في اتجاه منحرف بغير قصد ، أى قطعك العظم قطعاً غير عمودى على محوره الطويل . ومنها استعمال قاطع العظم كمثل أو عتلة^(١) لاتمام كسر عظم لم يتم قطعه ، فقد شاهد بعضهم جراحاً وهو يقطع عظم الفخذ أعلى القمطين في حالة العصل^(٢) فدفع الجراح القاطع الى عظم الفخذ جيداً ، وحاول اتمام قطع العظم باستعمال القاطع كعتلة . فكسر ، لسوء الحظ ، سلاح القاطع . فقاسى ما قاسى لاستخراج السلاح المكسور وقد لزم عليه العظم ومن الأغلاط اتلاف بعض الأنسجة الرخوة المجاورة بحافة القاطع العريض ، في أثناء قطع العظم ، أو بارساله خلال الطرف بطريقة بالمطرقة . ولست اذكر حادثة من هذا النوع بالتحقيق ، لكن الخطر ليس وهمياً

(١) الحبل أو العتلة ترجمة Lever

(٢) Genu Valgum

سوء وضع المفاصل

سوء وضع المفاصل عقب الالتهاب المفصلي من عيوب الجراحة العصرية فقد شاهد جراح فتاة كانت اصيبت بالتهاب مفصلي تحت الحاد في المفصليين الفخذيين الوركين ، وشفيت ، والمفصليان يابسان فيهما انكيلوز ، والفخذان في حالة اثناء حاد ، بينهما مبعدة ، ويسراهما مقربة ، فأما تباعد الفخذ اليمنى فقد أفضى إلى العصل (١) ، وأما تقريب الفخذ اليسرى فقد أفضى إلى الفحج (٢) فقطع الجراح العظمين قطعاً أسفل المدور العظيم ، وبعد حين قطع العظم الفخذي الأيمن قطعاً أعلى اللقمة لعلاج العصل وبذلك تمكنت الفتاة من الوقوف ، والتنقل بساقيها من مكان الى آخر . فهلا ترى أن هذه التشوهات انما حدثت من الاهمال في اثناء علاج المرض الأصلي ، وان هذه العمليات لم تكن ضرورية إلا للتخلص من هذه التشوهات . والحكاية من أحسن الأمثلة لاهمال شائع ، وهو عدم وضع المفصل المتهب في انسب الاوضاع حتى اذا ما حدث الانكيلوز كان الضرر أقل مما اذا حدث الانكيلوز والمفصل في وضع غير مناسب وسر النجاح في علاج لين العظام من مرض مثل نخر العمود الفقاري واعوجاج القصبة من الكساحة هو شفاء المرض الأصلي واتقاء التشوه . وليس عندي ما أقوله بشأن التشوهات والضعف وعطل الوظيفة وما الى ذلك مما تسهب فيه كتب جراحة تشوهات العظم في الأطفال سوى « الوقاية - الوقاية - الوقاية »

نقل الوتر

كثيراً ما أثار على بعضهم بعملية نقل جزء من وتر عضلة سليمة الى عضلة ضعيفة علاجاً لبعض تشوهات معينة . ولعل هذا مما يسمح لي أن أذكر أننا اذا أردنا اجراء هذه العملية فعلياً أن نزيل التشوه ونتجاوز التقويم أولاً

(١) العصل عيب يتباعد فيه الكعبان اذا تقاربت الركبتان ، والرضفتان متجهتان الى الامام ، وبعبارة اخرى هو تباعد الساقين تباعداً ثابتاً عن الخط المتوسط يصحبه انقلاب الى الخارج ترجمة Genu Valgum.

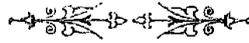
(٢) الفحج تباعد الركبتين تباعداً ثابتاً وتقارب الخلعلين ترجمة Genu Varus.

ترقيع العظم

أهم شيء في هذه العملية اتقاء التلوث ، ولا حاجة الى التطويل في هذا الأمر لأنه من الأوليات . أما الأمور التي يمكن الكلام فيها فأهمها ضرورة تثبيت الطعم حتى لا يتزحزح من مكانه .

وقد يصادف عند قطع الطعم العظمى بالطريقة الاعتيادية من القصبة ، وعمل الشقوق المستطيلة المتوازية وقطع أطرافه ، أن يطير الطعم فيقع على الأرض . وقد قيل لي إن خير ما يعمل ، وقتئذ غسل الطعم ، واغلاؤه مدة خمس دقائق ، إذ يصير بعد ذلك صالحاً للاستعمال . وذات مرة جهز أحد الجراحين طعماً طويلاً من القصبة ، ووضعها في قطعة من السابري (الشاش) ، ووضع القطعة في قدح ثم أخذ يهيم له مكانه . وبينما هو يفعل ذلك أخذت إحدى المرضات القدح وقذفت ما به في جردل خاص بنفاية العمليات . وانه وان يكن الطعم قد استرجع إلا أن الجراح لم يجرؤ على استعماله ونعماً فعل

وقد يحسن أن أبدى شيئاً بشأن الخطر الذي يعقب استئصال ظنبوب الساق للحصول على طعم عظمي ؛ فقد يميل الجراح لأخذ الطعم من هذا الموضع لسهولته . وخطر هذا العمل اضعاف القصبة وتعرض المريض المريض لكسرها بأدنى عنف



الفصل السابع والعشرون

الالتهاب المفصلي

سأقصر الكلام ، ههنا ، على مفصل الركبة ؛ لأنه من اكبر المفاصل وأكثرها إصابة وكل ما يقال من الملاحظات ينطبق غالباً على أى مفصل آخر ويقسم الكلام ، فى هذا الموضوع ، ثلاثة أقسام : (١) التهاب الغشاء الزلالي العارضى الطاهر ، (٢) والتهاب الغشاء الزلالي الذاتى بغير تلوث ، (٣) والالتهاب المفصلى العفن

(١) التهاب الغشاء الزلالي العارضى الطاهر فى الركبة

(أ) التشخيص

قد يخيّل لى أن ميدان الكلام فى تشخيص التهاب الغشاء الزلالي العارضى غير واسع ويظهر أن الموضوع بسيط . وطالما كانت البساطة فى الظاهر موطناً للزلل . والحقيقة ضرورة الحرص التام والعناية العظيمة . ولنأخذ ، مثلاً ، مريضاً استشار طبيبياً لوجود ورم وألم فى مفصل الركبة ، ونسبهما لإصابة نالته فى اثناء نزوله من عربة ، منذ اسبوع . كان التهاب الغشاء الزلالي واضحاً ؛ وهناك تاريخ باصابة ، ولذا يقول غير الجريح من الجراحين إن المريض مصاب بالتهاب فى الغشاء ويعالجه على هذا الزعم وبعد أسبوع شككا المريض من ألم وورم فى إحدى خصيتيه مما بين أنه مصاب بالتهاب بربنجى سيلانى ، وان يكن للعارض بعد ذلك شىء من التأثير فهو لا شك تأثير ثانوى أما السبب الأسمى والمهم فهو العدوى السيلانية . ولا ريب فى أن الفحص عن البول فى هذه الحالة كان يوضح الشذرات البيضاء التى تظهر فى السيلان ، ويرشد الى حقيقة الإصابة فى المفصل . واتضح أخيراً أن تاريخ العارض غير معين ؛ فلم يسقط المريض على الأرض ، ولم يلتفت الى شىء من هذا النوع وكثيراً ما يرى الجراح الدقيق فى الفحص أحوال الالتهاب المفصلى العظمى ،

والدرن المفصلي ، والسفلس المفصلي ، والسيلان المفصلي ، والروماتزم ، يرى كل ذلك وهو يتوارى خلف التهاب الغشاء الزلاالى العارضى

أما نوع الاصابة الذى يكون فى مريض معين مصاب بالالتهاب المفصلي العارضى فلا حيلة لنا غالباً الا التخمين فيها فقد يكون فى المفصل تمزق فى الغضروف الهلالى. ولا سيما الغضروف الانسى ، وقد يكون اعتقال زائدة من الغشاء الزلاالى بين عظم الفخذ وعظم القصبة . وقد يكون شيئاً آخر . فان تركنا هذا الشك فى نوع الاصابة الحقيقى فاحوال الالتهاب المفصلي العارضى تكون فئة متجانسة للاعتبارات الاحصائية

الفحص عن المريض

لا بد أن يكون الفحص الاكلينيكي نظامياً كاملاً . فليس يكفى فحص الجراح عن المفصل المصاب ، بل لا بد من الفحص عن المريض كله . أما من جهة تاريخ المرض فلا بد أن يكون واضحاً وضوحاً تاماً باصابة فجائية ، مؤلمة ، شديدة شدة كافية تجعل مفصل الركبة الذى كان سليماً إلى وقت الاصابة مثوفاً ، ثم يظهر عليه ورم فى بضع ساعات بعد الاصابة ، فاذا لم يكن تاريخ العارض واضحاً كأن يزعم المريض أن مفصل ركبته قد أصابه شيء بالتخمين لا بالتحقيق ، أو كأن يحدث الورم المفصلي فى المفصل عقب الاصابة بأسبوع أو أكثر فالأغلب أن الاصابة قد بينت مرضاً كان فى المفصل ولم يكن محسوساً . فانفقال الركبة^(١) - ويقصد بذلك عدم القدرة على بسط الساق عقب الحادثة مباشرة - علامة جيدة على تلف غضروف هلالى

فاذا فرغ المريض من رواية تاريخه بالدقة سأله الطبيب عن سوابق الركبة ، بل وسوابق المفاصل الأخرى ، وعن صحته العمومية ، وعن أى انحراف مزاجي . فان كانت أجوبة المريض مرضية تتفق ونتيجة الفحص العام عمد الجراح الى الفحص عن المفصل المصاب . ولهذا الغرض يلزم تعرية الطرفين لكي تسهل المقابلة بينهما وغالباً يترب الانسان أن يرى المفصل ممتلئاً بسائل وفى حالة انثناء خفيف . وبالجس

(١) انتقال الركبة ترجمة Locking of the knee.

قد يشعر بزيادة الحرارة السطحية عن صنوه السليم ، وقد تكون فيه مضاضة ؛ ويجب ألا يكون ، هناك ، شئ من الذبول في العضلات ، فاذا لم يكن هناك علامة على تجمع دموى واضح فالغوص بالضغط^(١) يدل إما على كسر ، وإما على العدوى ، واذا كان الجلد أحمر اللون أو قائمه فليشتبه الجراح في شئ أكثر من التهاب الغشاء الزلالي العارضى . وبمحاولة الحصول على التمزج يجد الجراح أن محفظة المفصل رقيقة لينة كالمعتاد مما يسهل الاستشعار بالتمزج فيخيل للإنسان أن السائل أسفل أصابعه . على أن هذا لا يطرد ، ففي التهاب المفصل السيلاني أو الناشئ عن النيوموكوك قد يكون ، هناك ، انسكاب في محيط المفصل مما يجعل المحفظة قاسية يابسة فتدعى علامة التمزج . وكذلك تنظمس وتتيبهم هذه العلامة في التهاب الغشاء الزلالي الدرني أو السفلسي لارتشاح الغشاء الزلالي بالدرن أو السفلس

واذا امتلأ مفصل الركبة بسائل بعدت الرضفة عن عظم الفخذ ، وهما متلامسان طبيعياً . واذا كان الانسكاب مما يحدث عقب العارض مباشرة أمكن تحريك الرضفة من جانب إلى جانب ، واذا دفعت إلى الخلف لامست عظم الفخذ بطريقة واضحة معينة . فاذا وجد انسكاب في محيط المفصل فالرضفة لا تتحرك من جانب إلى آخر بسهولة ، واذا وجد ارتشاح عجيني في الغشاء الزلالي فالرضفة لا تلامس عظم الفخذ بدفعها إلى الخلف بطريقة واضحة معينة . أما في أحوال العدوى المتقدمة فقد تلتصق الرضفة بالعظم بالأزرار اللحمية المتعضونة ، لكن هذه الأحوال المتقدمة قلما تلتبس بالأحوال العارضية

وليس من السهل وصف تلك الطرق التي تستخدم للفحص عن المفصل ؛ لكنها سهلة العمل والتنفيذ فيستفاد منها معلومات كثيرة

وهناك شئ جدير بالملاحظة . وهو أن الضغط على الغضروف الانسي الهلالي يكون مؤلماً غالباً ، وقد حسب هذا الألم علامة على إصابة الغضروف ؛ لكن هذا

الألم لا يدل على ذلك، لأن المضاضة في هذه النقطة توجد في أغلب أحوال التهاب المفصلي في الركبة

وقد يخيل لغير الخبير أن هذه الاجراءات والاحتياطات طويلة كثيرة . فليس نادراً أن يتغير التشخيص من التهاب في الغشاء الزلالي العارضى الى التهاب مفصلي تقيحي حاد . وليس نادراً أن يفتح الجراح مفصل الركبة لاستئصال الغضروف الهلالي التالف فيجد أنه مصاب بالتهاب مفصلي درني . وليس بعيداً أن يكون ، هناك ، تاريخ بعارض ، في مثل هذه الأحوال . والمغزى أن من الضروري جداً أن يحرص الجراح الحرص كله ويبدل أقصى ما في وسعه لاتقاء ما عسى أن يقع فيه من الاغلاط في التشخيص

وههنا ، كما في أحوال الكسور واصابات العظام ، يجب أن يستعين الجراح بالأشعة وصورها ، ويحسن أن تؤخذ صورة الركبة المصابة والركبة السليمة ، وأن تؤخذ الصورة في الوضع الجانبي ثم في الوضع المقدم الخلفي

أغلاط التشخيص

إذا استراح المريض المصاب بزيج في غضروف الركبة فقد يزول الانسكاب تماماً ، لكن يبقى انقفال المفصل وزيادة الحرارة السطحية . ولقد رأى هارولد باروز بضع أحوال بهذا الشكل ، فكان زوال الانسكاب في مشاهداته الأولية مما جعله يشك في صواب رأيه في التشخيص . ولقد ذكرت ذلك عظة وذكري للآخرين وقد تكون الكسور منابع للخطأ . فكثيراً ما فات كسر الرضفة الجراح ولم يدركه مقتصراً على علاج التهاب الغشاء الزلالي العارضى . وتجاوز الكسر أكثر ما يكون اذا لم تفصل شظاياها لعدم تمزق السمحاق والتمددات الصفاقية . ولتعلم أن من الممكن غالباً تشخيص الإصابة حتى بغير الاستعانة بالأشعة من زيادة الاحساس الحاد في الرضفة ومن الحركة الجانبية التي يمكن توضيحها بين الشظايا . ومن العلامات التي تدفعنا للاشتباه في الكسر الغوص بالضغط على الرضفة ، ووجود تجمع دموى ، أو تلون الجلد من الانسكاب الدموى في الأنسجة التي تحت الادمة

وقد يحدث الانسكاب المفصلي في الركبة عن كسر في عظم الفخذ، وربما كان هذا السبب مهملاً لا يقيم له الجراحون وزناً. وأكثر ما يكون الخطأ، هبنا، أيضاً، إذا كان الكسر تحت السمحاق خالياً من الزيغ تماماً أو تقريباً. ولأذكريك مثلاً: - تلميذاً تصالبت ساقه مع آخر وهو يلعب بكرة القدم فسقط على الأرض. ففحص عنه طبيبه، وحسب الإصابة التهاباً عارضياً في الغشاء الزلالي، وأخذ يعالجه على هذا الزعم. ولما كان المريض يعتريه ألم شديد لا يطاق إذا تحرك الطرف حركة خفيفة استدعى طبيبه جراحاً لاستشارته. فوجد أن المفصل ممتلئ بسائل. واتضح بالفحص الدقيق أن الألم الشديد إنما ينشأ عن تحريك الفخذ لا عن تحريك المفصل نفسه. فعملت له صورة بالأشعة واتضح منها أن التاميد مصاب بكسر تحت السمحاق في ملتقى الثلثين المتوسط والسفلي من عظم الفخذ لا يصحبه شيء من الزيغ

فلتعلم أن كسور عظم الفخذ كثيراً ما يصحبها انسكاب في مفصل الركبة، وإن هذا الانسكاب ليس دليلاً على امتداد الكسر إلى المفصل، ولا دليلاً على أن المفصل قد ناله عنف مستقل

وليس يكفي لصواب الرأي في التشخيص أن تعرف أن التهاب الغشاء الزلالي في الركبة، في حالة معينة، قد يعقب الإصابة، بل لا بد من معرفة طبيعة الإصابة بالدقة، ومعرفة حالة الركبة قبلها. وليس يتسع المقام لذكر التشخيص التمييزي للإصابات المختلفة ولا لذكر تأثير الظروف السابقة من التهاب مفصلي عظمي وغيره

(ب) العلاج

لعلاج التهاب الغشاء الزلالي العارض في الركبة قاعدتان أساسيتان. فأما القاعدة الأولى فهي التغلب على انقفال المفصل إذا وجد، وأما القاعدة الثانية فهي اراحة المفصل المتوقف

ازالة الانقفال

نقصد بانقفال المفصل عدم القدرة على بسط الساق من اعتراض قطعة زائغة من الغضروف، أو جسم سائب بين طرفي عظم الفخذ والقصبية، أو بين طرفي العظم ومحفظة أغلاط الجراحين (٣٣)

المفصل . ولا يمكن أن نصل الى الشفاء إلا بعد ازالة الانتفال إما بطريقة المصادفة ، وإما بطريقة معينة

وقد يحسب أن الانتفال موجود ؛ وليس كذلك ، كأن يكون بالمفصل انسكاب شديد في التجويف الزلالي ، وقتئذ تنوتر المحفظة وتصير صلبة ، وتثنى الركبة بطبيعتها لأن التجويف المفصلي يكون أوسع في هذا الوضع ، فاذا حدث كل ذلك فلا يمكن بسط الساق . ويصونك من الخطأ جس الركبة وأنت تحاول بسط الساق . فالوقوف المفجأ في الركبة الناشئ عن اتفائها يتميز بسهولة من الوقف التدريجي الناشئ عن الانسكاب في محفظة ملتصبة . هذا الى أن المريض كثيراً ما يمكنه أن يحكم بنفسه واحساسه هل هذا الوقف ناشئ عن اعتراض شئ في المفصل . ومما يساعد الجراح في التشخيص دقة تاريخ الإصابة ؛ ففي الانتفال لا يستطيع المصاب بسط ساقه عقب الإصابة مباشرة وقبل حدوث الورم في الركبة

ولعلاج الانتفال علاجاً مرضياً لا بد من تخدير المصاب وذلك اسببين ؛ أولهما ان العلاج مؤلم بغير مخدر ، وثانيهما سهولة التحقق من ازالة الانتفال وطريقة العلاج هي ثني الساق على الفخذ بأقصى ما يمكن لجذب القصبية وعزل السطوح المفصالية ثم ادارة الساق الى الوحشية والأنسية ثم بسط الساق . فاذا لم يتم الرد بهذا العمل تعاد الطريقة بدرجات مختلفة من الاثناء والادارة

ومن الغريب أن هذا الانتفال كثيراً ما يفوت الجراح . ويقول بعضهم انه رأى مريضين مصابين بالانتفال فات على الأول منهما شهر ونصف وفات على الثاني ثلاثة أشهر . وزعم أن الانتفال وجد ولم يشته فيه ، أو على الأقل لم يحاول المعالج علاجه . وكانت النتيجة أن الانتفال أصبح لا يمكن ازالته إلا بعملية اذا كان من الضروري استرجاع وظيفة العضو

اراحة العضو

لا بد من الراحة لمفصل الركبة المثوف لعلاجه علاجاً صحيحاً ، ولا بد من تهيئة الراحة مادام الورم ، وما دامت زيادة الحرارة والعلامات الأخرى الدالة على الالتهاب إلى

أن يستطيع المصاب تحريك المفصل بغير ألم . وتقصّد بالراحة التامة امتناع كل الحركات ما عدا ما قد يضطر إليه الجراح من تحريك المفصل المئوف ، من وقت إلى آخر ، لاتقاء اليبس والالتصاقات في المستقبل . لكن الالتصاقات المتعضونة كسائر الأنسجة الالتحامية ، تحتاج إلى وقت معين تتكون فيه ، ومن الصواب عمل ما يلزم من الحركات التي تحول دون حدوثها تحت ملاحظة الجراح نفسه . هذا هو الغرض الاسمي الذي يجب ان يسعى اليه الجراح ، لكن لسوء الحظ ، ليس يستطيع أغاب المرضى إما لضيق المال ، أو لضيق الوقت ، أو لضيق الصدر الوصول الى هذا الغرض ، وعلى ذلك لا تكون الوسائل الباقية كافية شافية .

ويمكن تقسيم المرض والمصابين ، من حيث قدرتهم على الحصول على العلاج المناسب الى ثلاثة أقسام

- (١) الذين يستطيعون ملازمة البيت لتمهئة الراحة حتى يتم شفاء الركبة
- (٢) والذين هم مضطرون للخروج ، لكنهم يستطيعون الحصول على أجهزة
- (٣) وأما القسم الثالث فهم الذين لا يستطيعون البقاء في بيوتهم ، ولا يستطيعون الحصول على أجهزة

فالعلاج القسم الأول بسيط بالنسبة . يبقى المريض في سريره ، تهيأ الراحة للطرف بشئيه قليلاً حتى يقل الانسكاب وتصير الحرارة السطحية طبيعية ، فيبدأ التدليك والحركات وعلاج القسم الثاني كعلاج القسم الأول نجاحاً على شرط اتمامه للنهائية ، فتمهئة الراحة لمفصل الركبة ، وللسمح للمصاب أو المريض بالخروج والمشى في الوقت نفسه لا بد من جهاز خاص يسمى بجبيرة طوماس ذات الملاقط^(١) . وللحصول على هذه الجبيرة لا بد من ارسال التفاصيل الآتية الى صانع الأجهزة مع حذاء الطرف المصاب طبعاً

- (١) محيط الفخذ في جزئها العلوى ، ويؤخذ بانحراف
- (٢) وطول الطرف من العجان الى اخمص العقب
- (٣) ومحيط متوسط الفخذ

(٤) ومحيط متوسط الساق

(٥) وعمر المريض وجنسه

فاذا أحكم الجهاز ووضع الخذاء فيه أمكن المصاب أن يمشى بغير أن يحرك المفصل المثوف أو يضغطه ، اذ ينقل ثقل الجسم من حدة الورك وما حولها الى الجبيرة . وعلى المريض أن يمشى والطرف مبعدا قليلاً . فان لم يتمكن من المشى هكذا فالجبيرة لا شك قصيرة لا تؤدى الغرض الذى يطلب منها

أما علاج القسم الثالث فغير مرضى . فهم لا يستطيعون الاقامة فى سريرهم ولا يستطيعون الحصول على الجهاز المناسب . وتراهم ينتقلون بعد أن يعمل لهم غلاف من الجبس معتمدين على عكا كيز تحول دون ارتكازهم على العضو المثوف

وكل طرق العلاج الانثقالية - أى التى تعمل ارادة تمكين المصاب من المشى والانتقال - وإن ثبتت المفصل - وقاما تؤدى هذا الغرض - ففيها عيب عظيم ، ذلك أن ثقل الجسم ينتقل مع كل خطوة الى المفصل الملتهب المثوف . ولذلك يطول زمن الشفاء ، ولا يكون كاملاً ؛ لأن أربطة المفصل تمدد وتضعف ، وقد تظهر تغيرات مفصلية عظمية

وهناك احتياطات جديران بالملاحظة فى اثناء وضع جبيرة الجبس . فأما الاحتياطات الأولى فهو ضرورة امتداد الجبيرة من حدة العظم الوركى الى القدم ، وإلا فلا يتم التثبيت . وأما الاحتياطات الثانى فهو ضرورة جعل المفصل فى وضع الاثناء الخفيف لأن تثبيت الساق وهى مبسوطة قليلاً أو كثيراً متعب جداً للمصاب

وأما الجبائر التى تكون بشكل القوالب من الغوتابركا ولباد البوروبلاستيك فعيبها قصرها . والجبائر الخلفية الخشبية يحسن عدم استعمالها لأنها غير مناسبة وتنزلق بسهولة فلا تثبت المفصل . والجبائر الحديدية اللينة أفضل منها لكنها لا تعادل جبائر الجبس .

وإذا استعملت الجبائر الخلفية فلا بد من وضع وسادة جيدة فى محاذة الركبة وفى الختام أقول إن على الجراح أن يكون حريصاً مواظباً اذا هو أخذ على عاتقه أن يعالج مصاباً بالتهاب طاهر عارضى فى الركبة لاتقاء ما عسى أن يحدث من التلف الدائم للمفصل

(٢) الالتهاب المفصلي غير العارضى الطاهر

لا بد من الإشارة ، ههنا ، الى أحوال معينة قد يدل تاريخها على إصابة كئيبا لا تكون السبب الأصيل في حالة المريض. والمعتاد أن يجد الجراح ، اذا تمادى في الاستقراء أن الإصابة التي نالت المفصل خفيفة ، وبعبارة أخرى أن المريض لم يسقط على الأرض وان سقط فالسقطه خفيفة لا تمنعه من النهوض والمشى

الالتهاب المفصلي العظمى

ليس من النادر للمريض بالالتهاب المفصلي العظمى أن يصاب بوته في ركبته ولعل السبب هو اعتراض قطعة صغيرة من الغشاء الزلالي المتضخم ، أو اعتراض جسم سائب بين السطوح المفصالية وتكون النتيجة امتلاء المفصل بالسائل الزلالي ، وزيادة الحرارة السطحية . وكلاهما مما يعرف بسهولة

وكثيراً ما تهمل الحالة العامة المستترة ، ويعالج المريض خطأً إلا اذا فحص الجراح عنه فحصاً دقيقاً . وكما أسلفنا يكون التاريخ غالباً غامضاً غير بات ، وربما دل على وجود آلام أو أوجاع سابقة . وقد تتضح ، من الجس ، ضخامة الرضفة ، أو وجود زوائد عظمية . فاذا عملت صورة بالأشعة تحققنا من وجود مرض الالتهاب العظمى المفصلي ولاشك أن الاهتداء الى الصواب في التشخيص يوسع لنا مجال العلاج بزيادة الاستقراء عن الأسنان النخرة ، واللوزة العفنة وبؤرات العدوى في مختلف المواضع من الجسم

الناعور^(١)

الناعور أو الهيموفيليا من الأمراض التي كثيراً ما يخطئ في تشخيصها الجراح . فقد عالج أحدهم صبياً بزعم أنه مصاب بدرن في مفصل الركبة ، وكان ورم المفصل ناشئاً عن الهيموفيليا ولم يعرف ذلك المعالج الا بعد إصابة الركبة الثانية

(١) الناعور العرق الذي يسيل دماً ولا يرقاً وقد استعملت هذه الكلمة لترجمة Hemophilia.

السركوم

عليك أن تذكر ، أيها الجراح ، أن الانسكاب في مفصل الركبة قد يكون أول علامة على السركوم في الطرف السفلي لعظم الفخذ أو الطرف العلوي لعظم القصبة . وقد وجد بوتلن وكولبي (١) أن من ٢٢ مريضاً بالسركوم عولجوا في مستشفى القديس بارتليميو لا أقل من عشرة منهم كانوا يعالجون لالتهاب في الغشاء الزلاالى المزمن أو تحت الحاد . ويذكر برى الحكاية الآتية :-

سيدة تناهز الثانية والستين من العمر كان يظن أنها مصابة بمرض في مفصل الركبة وقبل ذلك بسنة تقريباً شعرت بألم في ركبتها اليسرى وأعقبه ورم مباشرة . فاستمر الألم وازداد الورم تدريجاً . ولازمت فراشها ثلاثة أشهر كانت تعالج خلالها بالجباثر الخلفية والتثبيت بالشمع عالجها بذلك ثلاثة أطباء . وكان المرض الحقيقي سركوماً في الطرف السفلي من عظم الفخذ . فعمل لها البتر . وقد ظهرت أورام ثانوية في صدرها بعد العملية بسنة بسببها توفيت
مثل هذه الأغلاط يسهل اتقاؤها بصور الأشعة

(٣) الالتهاب المفصلي العفن

نتكلم تحت هذا العنوان ، على الأمراض المزمنة كالدرن والسفلس ، والالتهابات الحادة

الالتهاب المفصلي الدرني

التشخيص

لصواب التشخيص في الالتهاب المفصلي الدرني في الدور الأول شأن عظيم ، لأن تثبيت المفصل تثبيتاً كاملاً زمنياً طويلاً ، مع استعمال الوسائل الصحية المناسبة مما يؤدي الى الشفاء التام غالباً ولا تضر هذه الطريقة في العلاج ، ولو كان التشخيص خطأ ، هذا الى انها لا تنفع جيب المريض ولا كبرياء الصناعة . ولذلك يحسن أن ننظر في بعض الأمراض التي قد تلتبس بالالتهاب المفصلي الدرني ، وهي :-

الاسقربوط - من هذه الأمراض الاسقربوط . دعيت ، ذات مرة ، فى استشارة الى طفل ، زعم الطبيب المعالج أنه مصاب بالتهاب درنى فى المفصل الفخذى الوركى وكان الطفل فى الثانية من عمره ، نحيف القوام ، وبه ألم معين فى المفصل الفخذى الوركى الأيسر . وفى اثناء الفحص اتضح لى أن اللثة منتفخة وبلون أحمر قانىء . وبالاستفهام عن التغذية علمت أن الطفل على الغذاء الصناعى لأنه يأبى تناول أى غذاء آخر . ومن ذلك عرفت أنه كان مصاباً بالاسقربوط

الهييموفيليا - ومنها الهييموفيليا ، وهى موطن للخطأ . ويعرف هذا المرض بظهور التغيرات المفصالية فى جملة مفاصل . فقد تصاب الركبتان معاً ، وكثيراً ما يكون تاريخ المرض طويلاً ، وإن كان ذلك لا يدل على الهييموفيليا السفسل - وكذلك السفسل فقد يلتبس بالالتهاب الدرنى المفصلى . ويحكى أحد الجراحين الحكاية الآتية :

كان صبى يحضر الى عيادتى الخارجية ، منذ بضع سنين ، قبل أن تتقدم طرق تشخيص السفسل وعلاجه وكان به جملة اصابات ونواصير فى العظام . أحد هذه النواصير كان واحداً الى المدور العظام لعظم الفخذ ولقد زعمت أن هذه الاصابة درنية وكنت أعالجه على هذا الزعم . وذات يوم ، إذ كان الصبى جالساً فى إحدى الغرف الجانبية منتظراً دوره للفحص قالت لى المريضة : « إن الصبى المصاب بالسفسل الخلقى تحت الطلب » فأصغيت لها ، وسألتها لىم اعتبرته مصاباً بالسفسل الخلقى . فأجابت « إن الأم أخبرتنى أنها اصيبت بالمرض من زوجها قبل ولادة الصبى » ولقد استأصلت رمة أو أكثر من نواصير هذا الصبى ، والرهم ليست كثيرة الوقوع فى درن العظام كما هو معلوم فنسبتها الى عدوى ثانوية . وبعد ذلك عمدت الى علاجه بالعلاج السفسلى ولشد ما كان التأثير غريباً ، ولم يعد عندى أدنى شك أن السفسل إن لم يكن السبب الوحيد فهو السبب الأصلى . وبالاستقراء اتضح لى أن لهذا الصبى أخاً واختاً كلاهما مصاب بنواصير تخرج منها أحياناً قطع رمية فكلاهما مصاب بنواصير فى المرفق الأيسر عدا الاصابات الأخرى ، هذا الى أن الأخ قد استؤصل له مفصل المرفق وتختلف عن

العملية ناصور دائم . لكن الأخت لم تعمل لها تلك العملية . ولقد تحسنا كثيراً بالعلاج النوعي . ولا شك في صواب التشخيص في جميع هذه الأحوال . فقد مضى عليهم جميعاً زمن طويل بغير أن يؤثر فيهم العلاج ، لكنهم تحسنا جميعاً بعد اخضاعهم للعلاج النوعي - الزئبق ويودور البوتاسيوم

ومن مميزات الالتهاب السفلسي في المفاصل في الاطفال عدم وجود الألم بالنسبة لسائر أنواع الالتهابات المفصلية . وقد تكون هذه الميزة غريبة فتلفت النظر وتجعل التشخيص مؤكداً . هذا الى أن الأصابة قد تكون مزدوجة فتصاب الركبتان معاً . ولعدم وجود الألم لا يكون اليبس العضلي من العلامات الأولية كما هي الحال في الالتهاب المفصلي الدرني . وقد شاهدنا العلامات السفلسية الأخرى ، ولا سيما العيوب المميزة في الأسنان والالتهاب القرني الخلالى . ولا تنس الاستعانة باختبار فاسرمان وان لم يكن القياس فيها مطرداً .

ويقول بعضهم ، وقد أشار الى سلسلة كبيرة من أحوال السفلس في العظام والمفاصل ، وذكر طريقة التمييز بينها وبين الدرني ، إن فائدة اختبار فاسرمان وصور الأشعة ضئيلة فلم توضح صور الأشعة مميزات للتمييز ، على رأيه ، وطالما كان اختبار فاسرمان سلبياً في حين وجود شواهد أخرى على السفلس ، وفي حين تأثر المرضى بالعلاج السفلسي ، ولا سيما ذلك في السفلس الخلقى المتأخر . ويقول هارولد باروز إن هذا الرأى يتفق وتجاربه الكثيرة في الالتهاب العظمى الناشئ عن السفلس الخلقى الجراح الاستافيلوكوكى المزمن والسركوم - في العظام المفصلية لا يلتبس فيهما الجراح فيحسبهما درنًا الا نادراً ، ولا شك أن الخطأ يقل كثيراً اذا استعان الجراح ، بطريقة نظامية ، بصور الأشعة ، في جميع أحوال الاشتباه في الدرني في المفاصل

الفصل الثامن والعشرون

الدوالي ، والقيلة المائية ، وأورام الخصية

- الدوالي -

إن العملية التي تعالج بها الدوالي، كسائر العمليات الجراحية السهلة، موطن لاغلاط وحوادث كثيرة كثيرة تجعل الجراح الحكيم أكثر رزانة فلا ينصح بها إلا بعد تدبر وتبصر لقد سمعت عن كثير من حوادث تغنغر الخصية والسّم الدموي عقب هذه العملية ومما أذكره، في أول حياتي بقلوب، أن مريضاً وكان وقتئذ معاون إدارة، ذهب إلى أحد مشاهير الجراحين الأجانب لعمل عملية قيلة مائية ودوالي في إحدى الجهتين، وبعد العملية بنحو شهر جاءني هذا المريض يحمل لي خطاباً من جراحه يخبرني فيه أنه أجرى عملية القيلة والدوالي لحامل الخطاب وأنه يأسف جداً لحدوث مضاعفة نادرة هي تغنغر الخصية في جهة العملية مما اضطره لاستئصالها، وأنه يرجو أن أتم له علاج الجرح وألا أذكر للمريض حقيقة أمره. وقد فعلت. ولا شك أنها مضاعفة نادرة ولا أذكر أنها صادفتني. لكن كثيراً ما صادفتني كما صادف غيري من الجراحين أحوال لم تكن فيها نتيجة العملية مرضية.

ولتعلم أن العفونة إذا دخلت القنوات الوريدية فالعاقبة وخيمة. فقد ذكر أحد الجراحين أنه رأى حالة سم دموي صديدي عقب عملية الدوالي ولحسن الحظ نجما منه المريض وقد كادت تنقطع به أسباب الحياة

أما ضمور الخصية فمضاعفة أخرى قد تشاهد. على أن هذا الضمور قد يوجد قبل العملية إذا كانت الدوالي عظيمة. ويحكى أحد الجراحين أنه رأى شاباً بضمور الخصية عقب عملية الدوالي ولم تكن، على رأيه عظيمة. ولا شك أن هذا الضمور ينشأ عن إصابة القناة الناقلة أو الشريان، أو كليهما. وكيفما كان السبب فالضمور ليس نادراً. وقد رأى بعضهم رجلاً مصاباً بعقم بسبب ضمور الخصيتين عقب عملية أغلاط الجراحين (٣٤)

دوالي في الجهتين ، ورأى أيضاً ضموراً في إحدى الخصيتين وقيلة مائية في الجهة الأخرى عقب هذه العملية

ولست أدري ماذا حمل الجراح على إجراء العملية في الجهتين في هاتين الحالتين فقلما تدعو الحاجة الى مثل ذلك

والقيلة المائية كثيراً ما تعقب عملية الدوالي ، واليك حالة غريبة : -

« طلب مني ، ذات مرة ، شاب أن أعمل له عملية للدوالي . ولم تكن الدوالي عظيمة ، ولم تمنعه عن أداء عمله وكان كاتباً . فنصحت له بعدم الرضوخ للعملية . فأجاب :

« الحقيقة هي أني على وشك الزواج وقد أرغمتني حمائي على إجراء العملية أولاً . وعلى ذلك أجريت العملية . ولم يلبث الا قليلاً حتى عاد اليّ بقيلة مائية ، وهذه أيضاً أضطر الى الخضوع لعمليتها قبل زواجه »

أما سبب ظهور القيلة المائية أحياناً عقب ربط أوردة الحبل المنوى فلا أعرفه بالتحقيق . فقد يكون السبب ربط جملة أوردة ، لكن ذلك لا يتفق والواقع بعد عملية الفتق الأربي ، فإنها كثيرة الحدوث عقبها .

واني غير متعود أن أقطع قطعة من الطبقة الغمدية عقب ربط الأوردة في عملية الدوالي اتقاء حدوث القيلة المائية . على أن بعض الجراحين يعمل ذلك ، وهو عمل لا بأس به لهذا الغرض .

وقد حدثت النكبة الآتية لأحد الجراحين عقب عملية الدوالي :

أجرى الجراح الشق الاعتيادي ، وجعل أصبعه كمشبك رفع به ما حسبه الحبل المنوى ، وجذبه خارج الجرح ، ووضع رباطين ، وقطع الأنسجة ما بينهما . ودفع الطرفين الى داخل الجرح ، وأقفله . وقد دعي بعد ذلك الى مر يرضه لأنه لم يستطع البول وكان في ألم شديد . ولم تجدد القسطرة ؛ لأنه لم يستطع ادخالها الى المثانة . وبالاختصار وحذف كل التفاصيل غير الضرورية ، قد اتضح أخيراً أن الجراح ربط القضيب وقطعه

ولا شك أن هذه غلظة شنيعة ينجل الإنسان من تسجيلها ؛ لكن يصح أن تذكر عبرة لمن اعتبر . والدرس الذي على الجراح أن يحفظه منها ألا يهمل في شيء يحسبه صغيراً بسيطاً فمعظم النار من مستصغر الشرر .

وأهم من ذلك ما هو أكثر وقوعاً من العيوب الصغيرة الشأن التي تحدث في هذه العملية وهي :

بقاء الدوالي عقب العملية مما يكون عن خطأ لمصلحة المريض ؛ إذ يخشى الجراح أن يربط أوعية كثيرة فيربط أوعية قليلة

ومنها بقاء أثره التحام مؤلمة . ولاتقاء هذه المضاعفة لا بد من ملاحظة ما يأتي :

(١) فتح الصفاق المنوى^(١) وربط الأوردة داخل الصفاق لا خلاله ، ثم اقفاله

(٢) استعمال الكاتجت الدقيق لأنه يكفي لسد الأوردة

(٣) اقفال الصفاق الغائر بخياطة مستمرة بالكاتجت الدقيق ، والصفاق الغائر

في هذا الموضع نسيج معين سهل معرفته

ومن المعتاد ، في هذه العملية ، استئصال قطعة من الضفيرة الوريدية ، ووصل الطرفين وسواء أكان هذا العمل ضرورياً أم لا ، فإني أعتقد أن الغرض منه هو تعليق الخصية لكيلا تتدلى في صنف مسترخ . وقد يستأصل بعض الجراحين قطعة كبيرة من الأوردة فتعلو الخصية وتبقى أمام عظم العانة بالقرب من فتحة الأربية الظاهرة وتحدث ضيقاً شديداً للمريض

ولعل أكثر ما يحدث من النتائج غير المرضية التي تشاهد عقب عملية الدوالي من الاعتقاد بأن العملية بسيطة في ميسور غير الخبير من الجراحين عملها . هذا إلى ان العملية نفسها ، ولو اتقن عملها ، ليست شفاءً تاماً من المرض ، وعلى الجراح أن يتدبر كثيراً قبل البت في إجرائها .

وقبل أن انتقل إلى موضوع آخر ، يحسن أن أبدي أن الدوالي قد تكون ، في بعض الأحوال ، علامة على المرض في موضع آخر من الجسم . فقد ذكر دافيد ولاس^(٢) حالة ورم في الكلية في مريض عمره خمسون سنة تقريباً ولم يذهب إلى الطبيب إلا لوجود الدوالي التي كانت آخذة في النمو بسرعة . وذكر وريت^(٣) مشاهدة قريبة المشابهة

Spermatic fascia. (١)

David Wallace. (٢)

Sinclair White. (٣)

كان ورم الكلى استسقاء كلويًا صديديًا عن حصاة كلوية . ولقد كان لعلاقة الدوالي بالاضطراب الكلوي أحيانًا شأن عظيم يذكره المدرسون من الجراحين للطلبة . ولا يبعد أن يقع غير الحريص في هذه المصيدة

القيمة المائبة

هناك قاعدتان جديرتان بالذكر في صدر هذا الموضوع فأما القاعدة الأولى فهي ضرورة تنوير^(١) الصفن في جميع أورام الحصية والطبقة الغمدية وأما القاعدة الثانية فهي اعتبار القيمة المائبة عرضًا لا مرضًا ويجب أن يكون التنوير كافيًا . فلا تكفى الاضاءة بعود من الثقاب لهذا الغرض وأفضل ما يستعمل مصباح كهربائي نير في غرفة مظلمة . وما أكثر الأغلط الناشئة عن اهمال الجراح الاستعانة بهذه الوسيلة ويروى أحد الجراحين الحكاية الآتية مثالاً لغلطة فظيعة :

« حضر إلى عيادتي الخارجية مريض ، ذات يوم ، وأخبرني أنه شعر منذ زمن طويل بورم كبير في الجهة اليسرى من الصفن . وقد اعتزم أخيراً على استشارة طبيب . وقد فعل ، فأخبره بعد الفحص عنه إنه مصاب بورم مائي . وقد حاول الطبيب استخراج السائل فدفق آلة في الورم ، ووقع في حيرة وارتباك لعدم خروج أى سائل . فاستخرج الآلة وتجرى طرفها جيداً وشمها . ولم يكذب يفعل ذلك حتى ظهرت عليه علامات القلق وأخبرني أنه قد عمل غلطة كبيرة خطيرة ، ونصحني بالذهاب إلى الفراش مباشرة وملازمته ثم أخبر زوجته أن تنتظر بلاء قريب الوقوع . وترك الطبيب المنزل . فترقبنا البلاء فلم يقع . وترقبنا الطبيب فلم يعد »

« ولقد مكثت طويلاً في السرير ، ولما عيل صبرى حضرت إلى هذا المستشفى للاستشارة » لقد كان المريض عنده فتق كبير في الصفن »

ألا يضحك كل جراح يقرأ هذه الحكاية ضحك من يعتقد في نفسة العصمة و يظن أنه بعيد عن الوقوع في مثل هذه الغلطة ؟ ومع ذلك فقد ترى من مشاهير الجراحين من يزدري الاعتماد على طريقة الفحص بالتنوير

أيها الجراح ، لا تقتصر فائدة وجود نصف الشفافية بتنوير الصفن على تشخيص القيلة المائية تشخيصاً قاطعاً فحسب ، بل انك تستطيع أن تتعرف ، على وجه التقريب ، حجم الخصية وشكلها ، وموضعها ، وشكل القيلة ، وما إلى ذلك من المعلومات النافعة لأغراض التشخيص والعلاج . وقد لا تطرد هذه القاعدة في أحوال معينة في الاطفال أما كون القيلة المائية عرضاً لا مرضاً فمسألة صحيحة لا ريب فيها رغم ما تعودناه من علاج القيلة الاعتيادية في الشيوخ من المرضى ومتوسطى العمر كأنها مرض . والذي أريد أن أقوله إن من الخطر العظيم أن يكتفى الجراح بتشخيص « قيلة مائية » ويهمل الفحص عن المرض المستتر في الخصية ، أو في القناة الناقلة ، أو الحبل المنوى . فما أفضح ما يعمل الجراح إذا استأصل الطبقة الجدارية من الطبقة الغمدية علاجاً للقيلة غير مدرك الالتهاب البرنجي السيلاني أو الدرني مما يكون سبباً للقيلة

بزل القيلة

وإن يكن بزل القيلة من العمليات السهلة إلا أنها تستدعي بعض الملاحظات . فمن الضروري أن تكون قناة الآلة البازلة صغيرة وطرفها الحاد حاداً ، وإلا أحدث البزل ألمًا غير ضروري . وإذا اضطر الجراح الى بزل قيلة مائية في طيب رأيتهم يهتم بحجم الآلة وحدتها . فلم لا يهتم لغيره بما يهتم به لنفسه عملاً بالحكمة المشهورة « حبّ لغيرك ما تحب لنفسك »

ومن مزايا صغر الآلة ، عدا أنها لا تحدث في المريض ألمًا ، أن خطر التلوث والتهزف يكون أقل . هذا الى أن صغر الآلة لا يحول دون سيلان السائل بسهولة .

ومن النادر حدوث التقيح بعد البزل وإياك أن تعتمد على ندرة هذا التقيح فتهمل فيما يجب عليك من الاحتياطات الضرورية في أثناء البزل . ومع ذلك فالتقيح قد يحدث وتكون عاقبته وخيمة . ولا أظن أني رأيت تقيحاً عقب بزل عمله طيب ؛ لكني رأيت أحوالاً كثيرة حدث فيها التقيح ، والغنغرينا في الصفن والخصية ، والالتهاب الحرجى ، عقب بزل قام به حلاقوا الصحة في الأرياف .

والنزف أكثر حدوثاً من العفونة، وقد ينشأ عنه قيلة دموية أو تجمع دموى فى المنسوج الصفى . ويمكن تقليل خطر النزف باستعمال آلة دقيقة كما أسلفنا ، وابتداء الأوعية الصفنية ، فى أثناء ادخال الإبرة . وأوعية الصفن مرئية بسهولة . ويقال من قديم الزمن ، إن القيلة الدموية الحادة إنما تنشأ عن إصابة الخصية ، فى أثناء البزل . على أن أحد الجراحين رأى حالة لم يجد فيها جرحاً فى الخصية أو فى البربخ وقد تدفع الأبرة فى الخصية ، وهى مضاعفة يمكن اتقاؤها بمعرفة موضع الخصية بالتتوير وبالابتعاد عن هذا الموضع ببرة البزل ، وبارسالها الى الأنسية فى اتجاه نصف الشفافية . ومن الضرورى دفع الإبرة الى الداخل مسافة طويلة كيفما كان الاتجاه . أما العملية الشفائية للقيله المائية فتنضمن إما استئصال الورقة الجدارية من الطبقة الغمدية أو قلبها . وقد يرى بعض الجراحين أن يعمل شقاً طويلاً يخرج منه كيس القيلة بالخصية ، ويشرح الطبقات المختلفة عن كذب^(١) . وهى طريقة تزيد العملية طولاً ويكفى أن يعمل شق صغير ثم تبزل القيلة وتنزع الورقة الجدارية من الأنسجة المجاورة

أورام الخصية

إن تشخيص أورام الخصية تشخيصاً تمييزياً من أهم الأشياء للمريض ومن أصعبها على الجراح . وليست الأغلاط نادرة ، وقد تكون مؤلمة محزنة . وسأقص على القارىء سلسلة موجزة من الأغلاط تاركاً له استخلاص ما يمكن أن يستخلصه لنفسه من العظات

التواء الخصية

إن التواء الخصية من الأشياء التى قد تفوت الجراح لندرتها . والرأى المعتمد ، الآن انه ينشأ عن التواء الحبل المنوى ، فى القناة الأريية ، أو فى الصفن ، أعلى مستوى الخصية . ولا أظن أن كتب الجراحة وفت هذا الموضوع حقاً ، ولذلك يحسن أن أقول لأغراض التشخيص والعلاج ، أن الالتواء يحدث غالباً داخل اللفة الغمدية ، وأن الذى يرتبك فى الالتواء هو مساريقا الخصية^(٢)

(١) أى من قرب (٢) مساريقا الخصية = Mesorchium

الاصابات السفسلية المتأخرة في الخصية

قد تلتبس هذه الإصابات بأشياء أخرى ، لكن التقدم في طرق التشخيص والعلاج في السفس قد جعل هذا الالتباس أندر مما كان . واليك مثلاً ، ويرجع تاريخه الى زمن بعيد :

« حضر الى عيادتي الخارجية في مستشفى سيان بجرينوتش رجل أخبرني أنه مصاب بخصية درنية . فسألته كيف عرف طبيعة مرضه فأجاب أنه قد أخرج من الجيش بهذا التشخيص . وقد استأصل جراح الجيش خصيته اليمنى . ولم تكن الخصية اليسرى كبيرة جداً ، لكنها كانت مؤلمة . وكان الجلد الذي يغطيها بلون أحمر قاتم وملتصقاً بها التصاقاً يقرب حدوث ناصور لو تركت الحالة للطبيعة . ولم تكن القناة الناقلة غليظة أو مؤلمة . وبغير عناء في الفحص اخبرت المريض أن التشخيص قريب من الصواب ، وأن الأفضل له أن يدخل المستشفى . فراجعني قائلاً ، وكان لمراجعته شيء من التأثير في نفسي ، ألا تسمح بتجربة العلاج السفسلي لأنني أصبت بالسفس ، وإني أتقبل كل شيء بالارتياح الا فقدان الخصية الباقية . ولم يكن ليستطيع أن يتناول الزئبق لأنه كان مصاباً بالتهاب كلوى سفسلي مع زلال غزير في البول ، وكان اذا تناول القليل منه زاد الافراز اللعابي زيادة شديدة . ومع ذلك فقد تحسنت حالته بجرع مناسبة من يودور البوتاسيوم .

الالتهاب السيلاني في الخصية والبرنج

إن الالتهاب البرنجي أكثر حدوثاً في السيلان من الخصية الناعمة ذات الضخامة العامة المستديرة المصحوبة بقليلة مائة أو غير مصحوبة بها . فاذا صادف الجراح خصية بهذا الشكل فقد يخطئها ويحسبها ورماً خبيثاً أو شيئاً آخر مماثلاً . والذي يصون الجراح عن الخطأ معرفته أن الالتهاب في الخصية قد يحدث مضاعفة للسيلان ، وفحصه عن الشذرات في البول ولا بد أن يفحص عن البول ، بطريقة نظامية في جميع أحوال أورام الخصية فان هذا مما يهدى الجراح الى سواء السبيل

وهذا الكلام ينطبق على الالتهاب البرنخي السيلاني . ولطالما جاء الى الجراحين مصابون بهذا الالتهاب عن طريق أطبايهم الذين يرسلونهم على زعم أنهم مصابون بدرن في البرنخ . ولو أنهم كلفوا أنفسهم مشقة الفحص عن البول ، واستقراء التاريخ جيداً لما ضلوا في تشخيصهم

ويمكن أن أذكر أن الالتهاب البرنخي غير الدرني قد يأتي عقب آفات غير سيلانية وادخال الميكروبات المرضية بالقسطرة مثال لذلك

الالتهاب البرنخي الدرني

كل ما أريد أن أنبه اليه ، ههنا ، هو ما يجب على الطبيب ، وقد تحمل مسئولية علاج مريض ، أن يفكر في المرض غير قاصر الفكر في الظواهر الموضوعية المحسوسة

الخراج الاستافيلوكوكي

يقول هارولد باروز إنه شاهد خراجاً في جسم الخنصية مرتين . وكان الميكروب في الدفتين الاستافيلوكوك الصديدي الذهبي^(١) . وقد حدث الالتحام سريعاً بعد استخراج الصديد

ولا أدري كيف وصل الميكروب الى الخنصية ، ولعله وصل كما يصل في العدوى الموضوعية بالاستافيلوكوك الذهبي في العظام ، والكبد ، والأنسجة الأخرى

التهاب الخنصية مضاعفة للنكاف

يقول بعض الجراحين إنه لم يرَ حادثة من هذا النوع . والقصة الآتية لا تخلو من الفائدة ومغزاها جميل :-

« كان ضابط يعالج ، ذات شتاء ، لنكاف ، وكان هائجاً جداً فلم يستطع طبيبه منعه عن الخروج للنزهة . ولقد دعيت لرؤيته بسبب ما عرض له من الورم في إحدى خنصتيه ولما كنت عالمًا بعدم انصياعه لأوامر الطبيب حصلت مني غلظة فظيعة لانني قبل أن

(١) Staphylococcus pyogenus Aureus.

اتم الفحص عنه بدأت أوجه لعدم الامتثال للأوامر وافهمه أنه هو الجاني على نفسه إذ
عرض له مضاعفة للنكاف غير مرضية ، فأجاب بهدوء وسكون : ألا تظن ان كل ذلك
ناشئ عن السيلائن ؟ فقد مرضت به ولا أزال مريضاً ! »

القبيلة الدموية

مر بابك الكلام على هذه القبيلة ، في اثناء الكلام على بزل القبيلة المائية . وعندى
مسألة جديرة بالنظر ، وهى أن القبيلة الدموية قد تحدث بغير آفة واضحة فى الحصية ،
وبغير أن يكون ، هناك ، تاريخ بآفة . وقد يتسرع الجراح فينحو نحو الورم الخبيث .
وليس عندنا ما يصوننا من الخطأ إلا الشكل المميز
والآلة البازلة اذا دفعت فى كيس دموى أو ورم سركومى قد تخرج شيئاً من الدم
لكن الدم الخارج من السركوم قد يحتوى على خلايا سركومية على ما يتضح بالفحص
المجهرى . أما الدم من القبيلة الدموية فيكون متغير اللون إلا أن تكون القبيلة حديثة



الفصل التاسع والعشرون

الدُّعْمَةُ الدَّمَوِيَّةُ

(أ) الشرايين

التشخيص

النزف من الحوادث الشائعة عقب الجرح الشرياني حتى أنه ليخشى أن يعتصب كل ميدان الخطورة التشخيصية لكنه قد لا يكون من الخواص الضرورية . فقد يجرح الشريان بغير أن يحدث فقد دموى محسوس أو ظاهر ؛ إذ تنسد قناة الشريان انسداداً كاملاً بجاطة ، واكثر ما يحدث ذلك اذا كان قطع الشريان كاملاً . وقد يكون ذلك عن فتح الوريد المجاور فيدخل الدم الخارج من الشريان ، عند كل نبضة ، إلى الوريد المفتوح المجاور ، واصلاً الى الدورة الدموية ، وقد يتسرب الدم في تجويف البلورا ، أو غيره من تجاويف الجسم الكبيرة فلا يظهر . من ذلك تتضح خطورة الوسائل التشخيصية الأخرى ، وأهم هذه الوسائل النبض في موضع الإصابة . إذ يسمع نفخ سستولى في مسير الشريان المئوف ، على شرط اتخاذ بعض الاحتياطات ، أما اذا سمع النفخ السستولى وصحبه النفخ الدياستولى فذلك دليل ارتباك الشريان والوريد ودليل على أن الدم يخرج من الشريان فيدخل في الوريد ؛ وهو دليل نافع ، لأن النزف بشكليه الأولى والثانوى لا يظهر . ولكن استعمال السماع لا يخلو من الخدع . فالضغط بالسماع على الشريان السليم نفسه ، إن لم يكن برفق ، قد يحدث نفخاً سستولياً . وأخص ما يكون ذلك في مبدأ العنق . واعوجاج الجدار الشرياني مما يحدث عن زينع العظم في موضع الإصابة قد يحدث نفخاً سستولياً . فقد رأى أحد الجراحين كسراً في عظم العضد مصحوباً بانخفاض في النبض الكعبرى ومسموعاً فيه نفخ سستولى واضح على الشريان العضدى مما جعل الجراح يعتقد بوجود آفة في الشريان . فلما عمل جهاز الشد للكسر عاد النبض الكعبرى وزال النفخ

ولا تنس أن النفخ السستولى كثيراً ما يسمع في أحوال الأثيميا على الشرايين الكبيرة . ووجود النفخ في جملة شرايين مما يميزه من النفخ الذى يسمع في الإصابات . أما نفخ مرض الأبهري^(١) فقلما يدعو الى الالتباس ، وهذا النفخ قد يسير في الشرايين السباتية فيسمع بوضع المسامع على أى جزء من الجمجمة .

أما عدم وجود أى نفخ أو نبض في مستوى الجرح ، مع عدم وجود النبض الدائرى فغاية في الشأن للدلالة على انسداد الشريان انسداداً كاملاً بجلاطة . وإذا لم يظهر نرف خارجي فآفة الشريان لا تحتاج الى علاجها بعملية لأنها تكون جافة صامتة

النزف الثانوى

كثيراً ما تنسى أهمية النزف الثانوى فتكون عواقب النسيان محزنة ، ولذلك كان من الضرورى أن أقول لك عنه شيئاً موجزاً . وأهم ما أقوله إن ظهور الدم الشريانى في الضمادات (الغيارات) التى على الجرح ، مهما كان يسيراً ، لا بد أن يعنى به الجراح ولا يهمل أمره الا إذا أقنع نفسه أن الدم من الأضرار اللحمية ، أو أقنع نفسه بعدم وجود جرح شريانى خطير . وآية العناية بهذا النزف فتح الجرح وعلاج موضع النزف والأمثلة كثيرة لاغفال النزف الثانوى اليسير المتكرر بعواقب مؤلمة . فأهمية النزف الثانوى في النزف لا فى مقداره

نسمع أحياناً بما يسمى « بالنضح او النزف الشعرى » ، وقد تنسب الوفاة الى هذا النزف . ولزيادة الإيضاح أبدى أن مر يضاً برت ساقه مثلاً فحدث عنده نزف من الأضرار اللحمية من نقط مختلفة . وإذا فحست عن الدم النازف وجدته أحمر ناصعاً ، ووجدت أنه مستمر أو متقطع . فالسبب على الأغلب وجود نضح من شريان على بعد قيراط أو أكثر من سطح الجرح . ففي هذا « النزف الشعرى » يلزم الفحص عن الشريان النازف وضبطه

(١) شريان الاورطى

الملاج

وقف النزف وقفاً مؤقتاً - يوصى القوم عادة باستعمال الرباط الضاغط^(١) لوقف النزف الشرياني وقفاً مؤقتاً. وان يكن الرباط الضاغط من الأدوات التي لا يمكن الاستغناء عنها أحياناً إلا أنه من الوسائل الوحشية القاسية التي لا تصالح لوقف النزف في أكثر الأحوال. ارجع الى الطبيعة تر أن طريقها لوقف النزف من جرح شرياني هي تضيق الوعاء وتجميد الدم. فخلطة الدم اذا تكونت حالت دون سيلانه فإذا وقفنا الى حبسه ساعدنا الطبيعة في عملها مما يتم باقتال الجرح الخارجي أو بضغطه. واذا كان طريق الجرح منحرفاً فإن تخفيض الضغط يكفي لوقف النزف، أما اذا كان طريق الجرح عمودياً على مستوى الجلد فيمكن جعله منحرفاً بازاحة الجلد أو ادارة الطرف ولا بد من استعمال الرباط الضاغط أحياناً كما إذا كان هناك كسر مضاعف، ووقتئذ يحسن اعطاء المصاب حقنة من المورفين وكتابة مذكرة صغيرة يستصحبها المصاب معه أينما ذهب أو أرسل يكتب فيها، أولاً، ساعة وضع الرباط الضاغط بالضبط، وثانياً، مقدار المورفين وساعة اعطائه.

وهذه التفاصيل ضرورية لأن الرباط الضاغط قد وضع، في أحوال، لوقف النزف ثم أهمل فحدثت الغنغرينا، ولأن الذين يصابون بالنزف الحديث هم أقرب تأثراً بالمورفين منهم في حالتهم الطبيعية ولا يبعد أن تقضى عليهم الحقنة الثانية اذا لم يعرف مقدار الحقنة الأولى وساعة اعطائها.

والمصاب بنزف غزير عمل له شيء من الوسائل الوقتية لا يصح أن تعمل له عملية جراحية إلا بعد زوال دور الهبوط. ويحسن العمل على تحسين حالته بالتدفئة واعطائه السوائل والمورفين، وقد ينفعه الحقن بالدم بعد اختبار الجواد^(٢)

(١) الرباط الضاغط ترجمة Tourniquet.

(٢) الجواد هو السخى وقد استعملت هذه الكلمة لترجمة لفظة Donor بالانكليزية وهو واهب بعض دمه الى غيره

قطع الشريان المقطوع قطعاً جزئياً - المعتاد أن الشريان الذي يقطع قطعاً كاملاً لا يكون منبعاً للنزف الثانوى . أما الشرايين المقطوعة قطعاً جزئياً فأصل الخطر . ومعرفة هذه القاعدة قد تنفعك فى علاج بعض أحوال معينة كأن يصاب الإنسان بكسر فى الفك الأسفل مضاعف بجرح فى الوجه أعقبه نزف ثانوى من الشريان السنى الأسفل حيث يكون فى قناته العظمية . فربط هذا الوعاء ليس أمراً سهلاً ولا ضرورياً .

وكذلك تنفع معرفة هذه القاعدة فى بعض الجروح العائرة فى الفخذ حيث يصعب أو يستحيل تقريباً الكشف عن موضع النزف بغير اتلاف الطرف اتلافاً غير مبرور . فخير ما يعمل لهذا النزف الذى يكون غالباً من فرع عضلى هو قطع مستعرض خلال العضلة من فوق الموضع الذى يظن أن النزف منه .

ومع ذلك فهذه الطريقة محدودة الاستعمال ، لأن الطريقة المثلى لعلاج آفات الشرايين هى الربط . وللربط صعوبات وخيبة جديرة بالاعتبار

ربط الشريان

من أوليات الجراحة المعروفة منذ زمن طويل الكشف عن الوعاء النازف وربطه وهى من الأوليات الصحيحة . فاذا قررنا ، لسبب ما ، أن نربط الشريان بعيداً عن موضع إصابته فقد نضل لوجوه . فقد يربط وعاء آخر ، وقد يربط الشريان الرئيس فى الطرف وقد تضطر الى البتر بسبب الغنغرينا الحادثة فنجده أن النزف لم يكن من الوعاء الأصلي لكنه من الفروع . وفى متحف كلية الجراحين الملكية بلندن نموذج ربطت فيه الأوعية الفخذية السطحية لنزف مابضى . والنموذج يوضح أن النزف كان من الوريد المابضى لا من الشريان .

ومع ذلك فليس من السهل دائماً الكشف عن موضع الإصابة فى الشريان لربطه فى موضعها وهذا مما يدعو الى ربطه أعلاها . فليس يستطيع الجراح ، مثلاً ، الكشف عن الجزء الثالث من الشريان السانى - وهو موضع متكرر للنزف - ومن حسن الحظ

أن ربط الشريان السانى فى جزئيه الأول أو الثانى سهل ، وأن ربطه يكفى لوقف النزف . وكذلك ربط الشريان السبائى الظاهر يكفى لوقف النزف من فروع الشريان الصدغى الفكى . فليس من حسن الجراحة ، فى هذه المواضع محاولة ربط الشريان فى مكان الإصابة .

ولتعلم أن من المستحيل ، غالباً ، فى جروح الجزء العلوى من الوجه والعنق ، أن تعرف بالطرق الاكلينيكية ، وتكشف بالتشريح الجراحى عن الوعاء المعين المتوقف لربطه ، مما يضطرنا الى الالتجاء الى ربط الشريان السبائى الظاهر . وما الجراح فى ربطه الوعاء بعيداً عن موضع الإصابة إلا كستعمل البندقية يرمى عن بعد على هدف يرجو إصابته ، وأنت عليم أن البندقية قد تنفع اذا فتشت الأساحة التى تستعمل عن قرب ، ومن قواعد الجراحة أن خير الوسائل أكثرها نجاحاً

الخيمية بعد الربط

إن لربط الأوعية ، على بساطته كما يخيل للانسان ، عيوباً من المفيد ذكرها ، وهى :
(١) استئناف النزف بعد الربط - ولرجوع النزف بعد الربط أسباب كثيرة :
منهار بط وعاء آخر غير النازف ، وربط أحد وعاءين نازفين وترك الوعاء الآخر ، ومنها وأكثرها شيوعاً النقرح العفن واتثقاب الجدار الشريانى فى موضع الربط . ولاتقاء ذلك فى الجروح العفنة يحسن قطع الشريان المتوقف بين ربطتين ، وتصفية الجرح إن أمكن ولا شك أن الخطر يكون يسيراً اذا ترك الجرح مفتوحاً . فالشريان المربوط فى مسيره فى جرح عفن مقفل أقرب للنزف منه اذا كان مربوطاً بعد قطعه والجرح مفتوح .
ومن المهم جداً اتقاء إصابة الجدار الشريانى فى جميع أحوال الربط الشريانى سواء أكان الجرح عفناً أم لا ، فمن الخطأ ربط الشريان ربطاً محكمًا يمزق جميع طبقات الجدار الشريانى ما عدا الطبقة الظاهرة لأنها لا تقوى على مقاومة نبضات ، وان شئت فقل طرقات ، الشريان الكبير ، ومن السهل أن يفهم الانسان لم يلين الشريان لهذا الطرق فيحدث النزف ولو لم يكن الجرح عفناً . وكل ما يلزم لجودة الربط هو تقريب

الجدر الوعائية وتلاسمها بغير تلفها ، وهو مما يصعب عمله إلا بوقف النبضات بضبط الشريان من الجهة القلبية في أثناء الربط

وقد يكون رجوع النزف بعد الربط من فشلنا في سد الشريان ، كأن يكون الربط بخيط الكاتجت لأنه زلق ، فقد تسترخي اللفة الأولى من الربط قبل عمل اللفة الثانية إذا كان نبض الشريان قوياً ، وبذلك يبقى مجراه واسعاً غير مسدود . ولتغلب على هذه الصعوبة يلزم وقف النبض في أثناء الربط .

ومن الأسباب الأخرى لتجدد النزف بعد الربط (أ) انزلاق ربطة مسترخية بعد قطع الشريان وانكاشه ، (ب) وقطع أطراف الربطة قريباً من العقدة فتنحل ، وأكثر مواد الربط خيانة الكاتجت فلتقطع أطرافه طويلة دائماً ، (ج) وامتصاص الربطة امتصاصاً سريعاً قبل الأوان إذا كان الربط بالكاتجت غير المعالج بالكروم

(٢) متاعب امتداد الجلطة عقب الربط - من المتاعب التي يواجهها الجراح معرفته الى أين تمتد الجلطة في الشريان من الجهتين القلبية والدائرية . ويقول أحد الجراحين إنه ربط الشريان السباتي الأيمن ، ذات مرة ، على بعد ثلاثة أرباع القيراط من منبته ، وفي اليوم التالي ، وجد انسداداً كاملاً في الشريان تحت الترقوة الأيمن ، ولعله من امتداد الجلطة الدموية الى الناحية القلبية

وهناك حادثة أقطع يحكيها الجراح نفسه ، وهي أنه ربط الشريان السباتي الظاهر الأيمن في مصاب بجرح نارى . وكان الربط في الموضع القياسى للربط أى ما بين منبت الشريان الدرقي العلوى والشريان اللسانى . وفي اليوم التالى ظهر عند المصاب شلل في الجانب الأيسر وبدا عليه سبات ثم مات . وبتشريح الجثة اتضح أن الجلطة الدموية قد امتدت الى الناحية القلبية من الربط في الشريان السباتي الظاهر حتى وصلت الى الشريان السباتي المشترك ومنها انفصلت قطعة سدادة ودخلت في الشريان المحي المتوسط . ويقول هذا الجراح إنه لم يربط الشريان ، بعد ذلك ، إلا أعلى منبت الشريان اللسانى ولو اقتضى ذلك ربط الشريان الاخير على انفراد .

وقد ذكر لجارس^(١) في كتابه الاسعاف الجراحي حكايه قريية المشابهة

(٣) الحوادث الناشئة عن الحرمان من الغذاء الدموي

نتكلم، تحت هذا العنوان، على الاسكيميا^(١) والغنغرينا اسكيميا العضد أو الساق - تحدث هذه الاسكيميا عقب ربط الشريان الرئيسى كثيراً، وتسهل معرفتها بالشلل اليابس، واليبس المميز في العضلات مما يحس بالجلس، وفقد الاحساس فقداً دائرياً بشكل القفاز. ولا يصعب التشخيص إلا في الأحوال التي ينحصر فيها التغيير العضلي في القدم أو في اليد حيث يحسب التشخيص « عدم قدرة في الوظيفة » فإذا كانت اليد مصابة بالأصابع ترى يابسة، ولا يمكن بسطها في محاذاة المفاصل السلامية المشطية ولا ثنيها في المفاصل السلامية، ومع هذا كله لا يشاهد شلل في عضلات الساعد

والعضلات المصابة بالاسكيميا لا تتحمل الاعتداء الميكروبي فلتلاحظ

اسكيميا المنخ

قد تحدث عقب ربط الشريان الذي لا اسم له، والشريان السباتى المشترك، والشريان السباتى الباطن. وأكثر ما تشاهد عقب ربط الشريان السباتى الباطن. ويقول هارولد باروز انه لا يذكر مصاباً واحداً عمل له ربط في الشريان السباتى الباطن في اثناء الحرب الكبرى، بسبب جرح نارى، ولم يعقب هذا الربط شلل في الجانب الآخر من الجسم، ووضوح هذا الشلل، على الأخص، في اليد لكن اذا ربط الشريان السباتى المشترك أولاً، ثم ربط بعده بأسبوعين تقريباً الشريان السباتى الباطن، كما يحدث في علاج الانيورزم الصدغى أو الوتدى الناشئ عن إصابة كسرت الجمجمة فخطر الاسكيميا المحيية عقب ربط الشريان السباتى الباطن تكون أقل؛ مما يقتضى اتباع هذه الطريقة بقدر الامكان. ومن الوسائل الواقية أو المخففة الحقن بالدم قبل العملية، وربط الوريد الوداجي، وتخفيض رأس المصاب في اثناء العملية وبعدها. وربما أفاد الحقن بالسترات في تعطيل امتداد الجلطة في الناحية الدائرية من الربط

الغنغرينا

للغنغرينا التي تحدث عقب ربط الشريان نوعان . فالنوع الأول هو ما يحدث عن الاعتداء الميكروبي الحاد على العضلات والأنسجة الأخرى مما ييسر بالحرمان من الغذاء الدموي . والنوع الثانى هو ما يحدث عن الانيميا فقط . ولا بد من التمييز بين النوعين . فالأول يقتضى العملية مباشرة والنوع الثانى يقتضى الانتظار حتى يتحدد الفاصل ما بين الأنسجة المتغنغرة والأنسجة الحية

وعليك أيها الجراح ، أن تذكر فى اثناء عمالك البتر فى الغنغرينا الناشئة عن الانيميا أن الأنسجة أعلى الغنغرينا قد تكون مصابة بالاسكيميا لا تصلح لتكوين العص منها . وهى حقيقة جديرة بالملاحظة

ومن المهم أن نعرف بأقرب ما يمكن أحداثة الغنغرينا عقب الانسداد الشريانى أم لا . ويمكن التنبؤ بحدوثها من الشحوب المستمر فى لون الطرف ، والبرودة ، وفقد النبض الدائرى ؛ لأنها من علامات الغنغرينا الناشئة عن الانيميا . ولتعلم أن الطرف الذى ربط شريانه الأصيل حديثاً يكون غالباً أذفاً بالجس من صنوه ، وهو خلاف ما يذكر وكلتا الاسكيميا والغنغرينا أكثر حدوثاً عقب انسداد شرايين معينة . فمواقع الخطر عقب الربط ، فى الطرف العلوى ، هى الجزء السفلى من الشريان الابطى ، والجزء العلوى والسفلى من الشريان العضدى . أما مواقع الخطر فى الطرف السفلى فهى الشريان الفخذى المشترك والشريان المأبضى . ولا يخفى أن هناك عوامل أخرى مساعدة كحالة المريض من حيث الصدمة والانيميا ، وحالة الدورة الجانية ، وهل هى متأثرة بجرح أو بالانضغاط من تجمع دموى منتشر

والوضع شأن فى إحداث الغنغرينا والاسكيميا . فإذا ربط الشريان الفخذى المشترك ، مثلاً وبقى المريض مستلقياً على ظهره تعطلت الدورة الجانية خلال الشرايين الأليية والوركية ، ولا ندرى أىكون بسط الطرف السفلى أنسب وضع له لسهولة الدورة أم لا . ويعتقد بعضهم أن ربط الوريد المجاور للشريان يساعد على اتقاء الغنغرينا

أغلاط الجراحين (٣٦)

عقب ربط الشريان الأصلي . لكن لا يحسن اتباع ذلك بصفة نظامية ؛ لأن ربط الوريد الأصلي في الطرف السفلي كثيراً ما يعقبه شىء دائم من عدم القدرة وعدم الراحة مما يقضى التنحي عن ربطه بقدر الامكان
أما في حالة الشريان الفخذي السطحي فليس من الضروري ربط الوريد لأنه لا يخشى من الغنزينا أو الاسكيميا على شرط أن يكون المريض شاباً سليم البنية سليم الدورة الجانبية . وربما كان من السهل الحصول على ما لربط الوريد من الفائدة بوسائل أخرى كتخفيض الطرف أو عمل رباط حلقى ضاغط ضغطاً خفيفاً لعوق رجوع الدم الوريدي

(٤) تلف الانسجة المجاورة من التهاون في اثناء ربط الشريان

لعل هذا آخر أسباب الحوادث المحزنة التي تعقب ربط الشرايين . وإني وإن كنت رأيت العصب الرئوي المعدي وهو يندمج في ربط الشريان السباتي المشترك ورأيت البلعوم وقد ثقب في اثناء الكشف عن السباتي الظاهر إلا أن أفضع الحوادث ما رأيت إذ رأيت الشريان السباتي المشترك وهو يجرح في اثناء ربط الشريان السباتي الظاهر . لقد رأيت هذه الحادثة ، ثلاث دفعات ، من ثلاثة جراحين . وكان السبب واحداً في الجميع . كانت الإصابة في المرضى الثلاثة جروحاً نارية في العنق والوجه مصحوبة بكسر في الفك السفلي . وأنت عليم أن العضلات الرافعة للفك السفلي مدغمة تماماً في الفرع الصاعد ، وإن العضلات الخافضة مدغمة في الفرع الافقي . فاذا انفصل الفرع الافقي من الفك من الفرع الصاعد بكسر انخفض مقدم الفك بالحنجرة الى جهة الصدر انخفاضاً يقدر بقيراط ونصف تقريباً

ولما أن الجراح يرجو أن يجد تفرع السباتي في محاذاة الحافة العليا للعضروف الدرقي تراه يعمل الشق منخفضاً جداً في العنق ، وهو لا يدرك أن العلاقات التشريحية قد تغيرت وصارت غير طبيعية ، ثم يبحث الى الأعلى والأعلى ، ولا يجد التفرع إلا وقد أعياه التعب فيسرع بعمل الربط ، قبل توضيح الشريان تماماً أو قبل التحقق من

الشريان الدرقي العلوى ، فيدفع ابرة الايورزيم لتحقن الشريان فيثقب الشريان السباتى الباطن بالقرب من منبته

أيها القارىء العظيم ، قد يلوغ لك ، وأنت مطمئن على كرسيك تقرأ هذا الكتاب ، أن هؤلاء الجراحين خليقون بالملامة جديرون بالتوبيخ على ما حدث منهم ، ولكنك إذا ذكرت أن المصاب الذى يضطر الجراح الى ربط شريانه السباتى لوقف نزف غزير من جرح نارى انما يعمل له ما يعمل والمنية ناشبة أظفارها فيه تقريباً ، وإذا ذكرت أن حالة الاسعاف وضرورة التعجيل به انما تقتضى على الجراح أن يقوم بالاسعاف ولما يستكمل كل الظروف المناسبة لجودة العمل ، فاذا ذكرت كل ذلك قلت مع القائل :

والناس ياحون^(١) الطيب وانما غلط الطيب اصابة الأقدار
أو قلت مع الآخر :

أما العليل فان حانت منيته تاد الطيب وخاتنه العقاقير

الغنفرينا والسكر فى البول

ويحسن ، قبل أن أترك موضوع جراحة الشرايين ، أن أشير الى ما هو عالق فى ذهن بعضهم من أن المريض المصاب بغنفرينا اذا وجد سكر فى بوله كان مصاباً بالبول السكرى^(٢) . فلتعلم أن الغنفرينا عن أى سبب قد تحدث سكرًا فى البول أو بولاً سكرياً . بل ان الحجرة الكبيرة المتغفرة قد يصحبها بول سكرى . فعلى الجراح ألا يهتم كثيراً بالسكر ولا يقيم له وزناً . وعليه أن يعتمد الاعتماد كله على وجود الاستيون وحامض الدياستيك فى البول . فاذا لم يكن المريض مصاباً بالبول السكرى فقد يذهب السكر بزوال الغنفرينا . أما اذا كان مصاباً بالبول السكرى فمن الضرورى العمل على ازالة الدياستيك من البول باعطاء الغذاء النشوى السكرى ، اذا كان ذلك ممكناً لتقليل خطر الكوما عقب العملية . والانسولين من أحسن الوسائل التى تستعمل فى هذه الظروف

(١) لحي أى لام وسب وعاب (٢) استعملت البول السكرى لترجمة Diabetes Mellitus وهو المرض الذى يكثر فيه البول ، ويكون البول فيه سكر واستعملت البول السكرى لترجمة Glycosuria وهو وجود السكر فى البول

(ب) الأوردة

ومن الحوادث الكارثة في الجراحة حسبك النزف في الجرح شريانياً وهو وريدى في الواقع . وأحسن مثال لذلك نموذج في متحف كلية الجراحين الملكية يوضح لك ما أريد . كان النزف من جرح في الوريد المأبض فحسبه الجراح من الشريان فعمد الى ربط الشريان الفخدى السطحي والوريد الفخدى وهما في قناة هنتز . فمات المريض فلو أن الجراح وصل الى حقيقة النزف لعالجه في موضعه بغير عملية بقليل من الضغط وربما طالت حياة المريض . وهذا ما يدعوننا الى الكلام في التشخيص التمييزي بين النزف الشرياني والوریدی

علينا للتمييز أن نلاحظ : -

(١) لون الدم المنزوف أو السائل

(٢) طريقة النزف

(٣) مقدار ما يلزم من الضغط الخارجي لوقفه

وانه وان تكن هذه الفروق أساسية ضرورية للتمييز إلا أن هناك مواضع للخطأ وما أكثر من ماتوا، في الحرب العظمى، من تناسي بعضهم هذه المسائل الأولية

(١) لون الدم المنزوف أو السائل - إن لم يكن المصاب مصاباً بالسيانوز، فلون الدم الشرياني السائل منه يختلف عن لون الدم الوريدي اختلافًا يمكن الجراح البسيط من تمييز النزف أهو شرياني أم وريدي . نعم يستطيع الجراح أن يميزه ، على شرط أن يكون النزف حديثاً . فلو انقطع سيلان الدم وبقى شيء منه على الضمادة أو على ملابس المصاب لتمكن الجراح من معرفة أصله . فاذا تركنا السيانوز جانباً ، وكذلك تركنا الدورة الرئوية حيث يكون فيها الدم الشرياني وريدي اللون والدم الوريدي شرياني اللون فليس هناك مجال للخطأ إلا أن يكون الدم السائل من الجرح سائلاً من شريان ووريدي . وقما يصادف ذلك . وإن صادف فمن السهل معرفة الدم الشرياني إذ بقليل من الضغط الخارجي يقف النزف الوريدي

(٤) طريقة النزف في الجرح - اذا جرح شريان في جرح رأيت الدم وهو يثبج في نبضات متفقة ونبضات القاب . وهذا هو ما يحدث في الجرح الوحزي الصغير اذا كان الشريان المثوف قريباً من فتحة الجلد ، أما اذا كان الشريان المثوف غائراً ، ولا سيما ذلك اذا كان الجرح الجلدي صغيراً ، والطريق خلال العضلات والصفاق منحرفاً فقلما تنضح نبضات النزف . وههنا موضع للزلل . فطالما رأيت الطيب يحسب مثل هذا النزف الشرياني ويريداً معتمداً على عدم النبضات في السيلان متجاهلاً لون الدم . فالملاحظة جديرة بالملاحظة

على أن النزف الوريدي قد يكون سيلانه متذبذباً . ولتعلم أن التذبذب الذي يشاهد في النزف الوريدي ولا سيما ذلك في اصابات مبدأ العنق متفق وحركات التنفس وهذا ما يميز نبضات الدم الشرياني من تموجات الدم الوريدي . ويحسن أن أذكر أن الدم الوريدي قد يسيل في دفعات متفقة والنبض . فهذه الدفعات تختلف عن نبضات الدم الشرياني بكونها تقطعات في السيلان الخفيف . وقد لاحظ جون هنتر هذه الملاحظة وحاول الوقوف على سببها ، وللأسف لم يهتم بها القوم من بعده ، وان كنت اعتقد انها كثيراً ما تمر على الجراحين العاملين . ويكون السيلان على هذا الشكل في أوردة المخ والقدم ؛ ولعل السبب فيهما واحد

(٣) مقدار ما يلزم من الضغط الخارجي لوقف النزف

من وسائل التمييز أن الضغط الخارجي الخفيف يقف الدم الوريدي . ولكن النزف الشرياني من وخز في شريان في جرح يكون طريقه خلال العضلات والأنسجة منحرفاً لا يقتضي الا ضغطاً خفيفاً لوقفه وقتاً مؤقتاً . على أن الضغط الخارجي إذا استمر زمناً يكفي لتجمد الدم في الجرح الوريدي وقف النزف الوريدي وقتاً دائماً على غير ماهي الحال في النزف الشرياني

ويفيدك كثيراً في علاج النزف الوريدي أن تعرف أن تجمد الدم يحتاج الى وقت اذن لا تلطم الجرح لطمًا متكرراً بالاسفنج لوقف النزف ، وواظب على الضغط مهلة خمس دقائق أو أكثر قليلاً عدداً بالساعة

ول هذه القاعدة فوائد كثيرة إذا أحسنت تطبيقها . ولأضرب لك ، مثلاً ، الرعاف فاني لم أرَ حالة لم ينفع فيها ضغط جناحي الأنف على حاجزه لوقف الرعاف ، على شرط الاستمرار بالضغط مدة ست دقائق عدداً بالساعة . فاذا عرفت ما في حشو الحياشيم الخلفية من المشقة للجراح ، ومن الألم للمريض ، ومن الخطر لما يحدث من المضاعفات كالالتهاب الحاد في الأذن المتوسطة وكامتداد العدوى الى الجيوب الأنفية ، فاذا عرفت كل ذلك عرفت ما لهذه الطريقة البسيطة من الفائدة الجلية .

واليك مثلاً آخر لتطبيق هذه القاعدة بفائدة عظيمة : الورم النازف إذا اتضح في أثناء العملية انه أكبر من أن يستأصل . فإنه يحسن ، لنجاة المريض من الألم عقب العملية ومن تقرح الورم في المستقبل ، أن تقف النزف بالضغط المستمر مدة خمس دقائق أو ست ، ثم تقفل الشقوق الصفاقية والجلدية تماماً . فعملك هذا خير من ضغطك بالدهان الذي يقتضى إزالته مما يقتضى بقاء الجرح مفتوحاً

سدادة التخثر (١)

تجمد الدم في أوردة ميدان العملية مما كان يعقبه سدادة رئوية أو قلبية من المضاعفات التي قل حدوثها في الجراحة المصرية بسبب تقدم الفن فما لا شك فيه أن هذ التخثر إنما كان يقوم غالباً على العفونة . ولا أنسى أن أذكر أن الغذاء اللبني الذي كان الغذاء بعد العمليات بل كان من خواص العلاج بعد العمليات شأنًا عظيمًا في تجميد الدم وتكوين الجلط . ولا ريب أن ليسر الغذاء بعد العملية أى للتساهل في تغذية المريض بما يشاء من مختلف الطعام ، في أثناء العلاج بعد العمليات ، أن لذلك تأثيراً عظيماً في تقليل خطر السدادات القلبية والرئوية

الالتهاب الوريدي العفن

إذا عرفت أن أهم سبب للوفاة عقب جروح الأطراف، في المستشفيات البريطانية في ميدان الحرب بفرنسة في أثناء الحرب العظمى ، هو الالتهاب الوريدي العفن بمضاعفاته، اذا عرفت ذلك عرفت أهمية هذا الموضوع للجراح . ومن الغريب أن يكون

الظلام مخيماً في ميدان البصر الطبي الآن في هذا الموضوع . لأنك اذا فحّصت عن الكتب الجراحية التي تدفقت من ينبوع الحرب العظمى فقاما تجد فيها شرحاً وافياً لعدوى الأوردة . والأغرب أن يكون هذا العيب قائماً في السلم قيامه في الحرب . ولم ذلك ياترى ؟

ذلك لأنه وإن تكن التحريات المرضية عقب الوفاة بتشرح الجثة طويلة دقيقة يقصد منها الطبيب الى معرفة حالة الأحشاء والأعضاء الرئيسة معرفة دقيقة بالعين العارية إلا أنها تقتصر على هذه الأعضاء فحسب ولا تتضمن البحث الدقيق في الأنسجة المجاورة للبؤرة العفنة .

ولهذا السبب تبقى الخواص الأكلينيكية للالتهاب الوريدي العفن سراً مكتوماً على الأطباء . ولست أنكر عناية القوم بالمتخثر العفن من حيث علاقته بأمراض الرحم والأذن المتوسطة ، وما هنالك من الأسباب الخاصة التي حالت دون انتشار الفائدة العملية من هذه العناية بين الأطباء عامة . ولنحسب أن الوريد الفخذي المشترك قد تلوث ، فإياك أن تظن أنك تستطيع أن تتعرف الوريد المتخثر بالجلس ، وأن تشاهد احمراراً في الجلد الذي يغطيه، أو أزيماً في الساق ، أو مضاضة محدودة معينة في مسير الوريد . قد توجد بعض هذه العلامات وقد لا توجد .

ولنحسب الالتهاب الوريدي قد عرف ففي علاجه خدع . وأول هذه الخدع يتعلق بامتداد العدوى . فإذا وجدنا وريداً فيه جلطة دموية عفنة وقد امتدت الى مستو معين - اعلمه يتفق والتقاء فرع من الوريد - كان أول ما يخطر بالبال من باب العلاج ربط الوعاء أعلى نهاية الجلطة أى أعلى الجائطة من جهة القلب . وليس يجدى مثل هذا العمل ، لأن العدوى غالباً تمتد مسافة طويلة في مسير الوريد سابقة للجلطة المحسوسة فربط الوريد الحرقفي الظاهر عبر البريتون علاجاً للالتهاب العفن في الوريد الفخذي المشترك لا يقوم غالباً بوقف امتداد العدوى ، هذا الى أنه قد يحدث التهاباً بريتونياً جاداً . لقد عرف ذلك بعض الجراحين من تجاربهم المؤلمة التي كان عليها اعتمادهم بسبب خطأ الكتب المطولة . وعملياً لا ينفع الربط من الجهة القلبية لوقف المرض

إلا إذا عمل بعيداً جداً عن موضع التخثر مما يقتضى أن يعمل التشخيص مبكراً والمرض في أول أمره . أما في الأحوال الأخرى فتصفية القطعة الملوثة بغير ربط من جهة القلب هي طريق الامل الوحيد . ومن ذلك يتضح أن الوريد الوداجي الباطن لا بد أن يربط في أسفل العنق للوصول الى ما بعد التعفن في أحوال تخثر الجيب الجانبي عقب التهاب الأذن المتوسطة

الدوالي

الدوالي مرض تنفخ فيه الأوردة فتغلظ وتصير كالحبال إذا كانت في الساق وكالديدان إذا كانت في أوردة الحبل المنوى . وقد تكلمنا على الدوالي في الحصية وتكلم الآن على الدوالي الأخرى وليست العمليات التي تعمل للدوالي الأخيرة من العمليات المرضية في الأعمال الجراحية . ذلك لامتدادها في الساق والفخذ وتوزعها توزيعاً واسعاً مما يصعب استئصالها جميعاً ويجعل العملية للمريض غير كاملة . هذا الى أن المرض متزايد فلا يبعد أن تظهر تمددات أخرى حديثة فيزعم المريض أن ما استؤصل قد عاد والرأى عندي أن يفهم المريض أن التداخل الجراحي ليس الا تلطيفاً للمرض أضف الى ذلك ما يؤسف له كثيراً من أن المريض قد تسوء حالته عقب العملية . وأكثر ما تسوء الحالة عقب العمليات الكبيرة التي يربط فيها أيضاً الوريد الصافن الباطن في مثلث اسكاليا ، وقد يكون سوء الحالة عن تخثر يظهر في الوريد أعلى الربط ويمتد الى الاعلى من جهة القلب حتى يصل الى الوريد الفخذي المشترك الذي ينسد أيضاً بالجلطة . ويقول باروز إنه رأى أحوالا كثيرة طرأت فيها هذه المضاعفة المحزنة عقب ربط الوريد الصافن الباطن في مثلث اسكاليا ، وما كان ذلك ليحمله على التنحي عن اجرائها . وعليك ملاحظة ما يأتي لاتقاء هذه المضاعفة :

(١) اتقان الصنعة والعناية بالطهر لاتقاء أدنى تلوث

(٢) عمل الربط في الفخذ في مستو أدنى من المستوى الاعتيادي

صحيح ان من المناسب ربط الوريد غالباً لكي تستطيع خلال الشق عينه أن تربط

الفروع الجلدية الأنسية والوحشية . قد تكون هذه الفروع كبيرة حتى لقد يخطئ الجراح فيحسب أحدها الوريد الصافن الباطن

واست أخرج عن الموضوع اذا ذكرت شيئاً بشأن القروح الدوائية . فليس من النادر أن يرى الجراح في الساق قرحة يعلوها وريد كبير متمدد ، وقتئذ يزعم الجراح ان من سداد الرأى ربط هذا الوريد . وكان هذا صحيحاً معقولاً لو عملت العملية بغير خطر التهاب الوريد العفن . وللوصول الى هذا الغرض لا بد من اتقاء تلوث جرح العملية من القرحة نفسها ومن عمل الشق في مسافة نظيفة من الجلد غير ملوثة . أما عمل الشق في الجلد الملون بلون النحاس الأحمر فاللقاء المريض في التهلكة من الالتهاب الوريدي العفن والسم الدموي الصيدي

السدادة الهوائية

كل موجز أو مطول في حوادث الجراحة أبتز إن لم يشمل شيئاً عن خطر دخول الهواء في الوريد وقد فتح في أثناء العملية . وهذا الخطر قريب في جروح الجزء السفلى من العنق والجزء العلوى من الصدر . ويمكن ، للتقريب ، تحديد منطقة الخطر بخطين بيضيين يرسمان من الابطين يمرُّ أحدهما أعلى الترقوة ، ويمرُّ الآخر أسفلها

وأهم ما يجب التنبيه إليه من الوجبة العملية؛ اذا أُنذر الصوت الصغيري المميز الجراح أن أحذر فلهواء داخل في الوريد ، هو التنجى عن الضغط على الجزء الدائرى من الوريد بعد الجرح الوريدي . فحتى لم يمنع الدم من الجزء الدائرى بالضغط أو الربط وصل الى الجزء القلبي ، في دورته ، وحال دون دخول الهواء في الوريد . وليقصد الجراح بأصبعه ، أول ما يقصد ، أن يتقف الهواء من الدخول ، لا الدم من السيالان ، وليكن ذلك بالضغط بها على الجزء القلبي من الوريد . وحذاريك أن توجه اهتمامك الى النزف قبل ضبط الفتحة التي في الوريد أو الجهة القلبية منه

وأحياناً تنقب قمة البلورا في أثناء عمليات العنق ، فيحدث الهواء بدخوله وخروجه في تجويف البلورا صوتاً قد يخطئ الجراح فيحسبه هواء داخلاً في الوريد ، وما هي إلا لحظة حتى تنجبه الى الرأى الصواب

النصيب الثالثون

آفات العمود الشوكي وأمراضه

كل ما يمكن أن يقال بشأن التشخيص هو أن كسور العمود قد تفوت الجراح من وقت الى آخر . ولا يزال الرأي سائداً حتى بين جماعة الأطباء إن من انكسرت عنقه لا يستطيع أن يمشى . والحقيقة هي أنه يستطيع غالباً أن يمشى ، وأنه يمشى فعلاً ؛ وهذه الحقيقة هي سبب الخطأ في التشخيص

أما أكثر الأغلط فأكثر ما تكون في علاج كسور العمود لا في تشخيصها . ولا شك في ضرورة الراحة للعظام المكسورة مع تثبيتها بمسند من الجبس . فإذا كان الكسر في الجزء السفلي من العمود ، ولا سيما ذلك في سن الشبوية فلا حيلة لنا الا السند على فراش ثابت مما ييسر بوضع ألواح تحت المرتبة السلكية . ويزعم بعضهم أن المراتب المائية قد تصلح لسند الظهر في هذه الأحوال . وهو زعم باطل .

ومن الأغلط الخطيرة في علاج الشلل النصفي سواء أكانت عن آفة أو مرض استعمال القسطرة لاستخراج البول وقد احتبس . فإذا استعملت القسطرة فقريباً أم بعيداً يصاب المريض بالتهاب في المثانة يعقبه التهاب صاعد في المسالك البولية والكلية ، مما يسمى «بالكلية الجراحية» رغم اعتراض الجراحين وانزعاجهم . وينصح بعضهم بعمل فتحة فوق العانة علاجاً لاحتباس البول عن الآفات العصبية . وطريقة الفتحة الغوص بآلة بازلة واسعة في المثانة الممتلئة بالبول ثم ارسال قسطرة تحفظ نفسها بنفسها خلال قناة الآلة البازلة التي تسحب بعد ادخال القسطرة . ويمكن وضع صندوق فوق العانة^(١) ، أو تصفيتها في قنينة . وبعد حين تسترجع المثانة قوتها فتقذف البول ذاتياً بغير واسطة ، وبغير أن تتعرض لخطر العفونة الموبقة

ويكتفي البعض الآخر ، لاتقاء امتداد العدوى من المثانة الى الأعلى ، بالعناية التامة ،

في أثناء ادخال القسطرة . فيطهر القضيب تطهيراً جيداً ، و يغسل الصماخ البولى غسلاً قبل القسطرة . ويجب تغطية القضيب ، في الأوقات الأخرى بسابري (شاش) جاف معقم . ويحسن أن تكون القسطرة رخوة ، وتطهر بإغلائها جيداً ، وتدهن بمادة زيتية معقمة . فإن ظهرت أعراض الالتهاب المثاني فالمعتاد غسل المثانة ، مرتين في اليوم ، بمحلول مطهر خفيف كسائل كوندى^(١) ، أو محلول البوريك ، أو بوروجاسيريد^(٢) بنسبة ١ في عشرين ، أو محلول السانيتاس بنسبة ١ في ٢٠ . ويعطى المريض اليوروتروبين أو السالول أو حامض البوريك بمقدار نصف جرام تقريباً ، ثلاث مرات في اليوم . ومن المهم التبكير في تشخيص الأورام الشوكية ، أو نخر العمود ، وإنه وإن يكن من الصعب أحياناً هذا التبكير إلا أنه من الضروري أن يحاول ذلك الجراح ما استطاع إليه سبيلاً . فكثيراً ما حسب الألم والأعراض الأولية الناشئة عن الأورام جراحون ذوى شهرة فائقة وصيت ذائع أنها أعراض عصبية ناشئة عن اضطراب في وظيفة الأعصاب وقد رأيت ، وأنا الطبيب الأول بمستشفى بنها ، مريضاً بأعراض النخر في العمود الشوكي في جزئه العنقي كان يعالجه طبيبه على زعم أنه احتقان في اللوزتين مصحوب بالأم روماتزمية .

وكثيراً ما يتضح « عرق النسا » أنه عرض ورم شوكي أو نخر في العمود . وإياك أن تنسى الاستعانة بالأشعة وصورها ، في مثل هذه الأحوال ، فإنها قد توضح التهاباً عظمية في فقرة أو أكثر أو تبين ورمًا في العظم . ويس العمود الشوكي علامة جيدة في أحوال النخر .

أما الخراج الصلبي^(٣) الذي يظهر في بعض أحوال النخر في العمود فقد يلتبس بالتهاب الزائدة الدودية إذا كان الخراج في الجية اليمنى وكذلك يلتبس أحياناً بالخراج السطحي في موضعه وأهم علامة تسترشد بها هي يبس العمود في أحوال النخر ، فهي من العلامات الأولية .

Condy's Fluid. (١)

Boroglyceride. (٢)

(٣) الخراج الصلبي هو الخراج البسواسي أى Psoas Abscess.

الفصل الحادى والتمرنه

العدوى الجراحية

يصح أن أذكر شيئاً عن العدوى الموضعية والعمومية مما يسمى بالعدوى الجراحية . ولنضرب لذلك مثلاً خراجة حادة صغيرة ، وهل يستوى الجراح الحاذق والجراح الاخرق فى الفحص عنها ؟ كلاً . فالأول يعمل عمله بلطف ورفق ولين فلا يشعر به المريض ، وأما الثانى فيعمل بأصابع باردة قاسية وييد غليظة فظة فتراه وهو يفحص عن التوج مثلاً يضغط ضغطاً مؤلماً يقشع منه جسم المريض ، ولا يكتفى بالمرّة ولا المرتين ، بل تراه يضغط المرّة بعد الأخرى وكأنه لا يدري ماذا يعمل ؛ وكأنه لا يفهم أن المريض من عمله يتألم

وعلى الجراح ، اذا ما دعى لعلاج آفة موضعية ناشئة عن العدوى ، أن يحاول الجواب على هذه الأسئلة : ما هو الميكروب المعتدى ؟ وكيف وصل الى مكان العدوى ؟ وماذا بيده من الوسائل التى تصلح للعلاج عدا الشق والتصفية ، أو بدلاً منها . وقاما يهتم بهذه الأسئلة . وأهمها السؤال الأول ، ولا يكون طريق العلاج صحيحاً إلا اذا كان الجواب عليه صواباً

ومن سوء الحظ أن المباحث البكتيريولوجية تكلف المريض كثيراً ، وهذا مما يبرر قصورنا عن أن نحذو فى علاجنا البسيط من العدوى حذو المثل الأعلى . ومما يشفع لنا فى تقصيرنا فى علاج الأحوال البسيطة على نحو المثل الأعلى حرصنا على جيب المريض . أما اذا كانت العدوى الموضعية والعمومية شديدة فمن الضرورى أن نعرف طبيعة الميكروب المعتدى ليسهل علينا مواجهته

وما أغرب ما يرى ذلك الجراح الذى يعتمد على هذه القاعدة فى عمله . هذا الى أنه بذلك يخطو خطوات واسعة فى فنه . ألا يلذ له أن يشفى داحساً دفتيراً سريعاً بالحقن بالمصل المناسب ؟ ألا يسره أن يتنبأ عن سير الالتهاب الفلغمونى النيوموكوكى ؟ ألا يحوز ثقة عظيمة اذا عرف أن الصديد فى خراج فى العنق يحتوى على الفطر الشعاعى

وان التهاب الفم سيلاني ، وان البثرة التي في المريض خبيثة ؟ قد يقال لك إن هذه نواذر فأقول لك وما يضرك لو عرفت نوع الميكروب المعتدى في الأحوال الاعتيادية فقد يتضح ، في المستقبل القريب ، ان لكل نوع من الميكروب نوعاً من المطهر يكون به سريع التأثير والتلف . ولم أذهب بك للمستقبل ، وفي وسعي أن أذكر لك الآن أنواعاً من العدوى المرضية يختلف فيها طريق العلاج باختلاف الميكروب المعتدى كالانسكاب في تجويف البلورا والالتهاب المفصلي العفن

وينبغي لك ، أيها الجراح ، اذا ما حاولت أن تفتح خراجة ، ألا تغوص بمشراطك خلال الحاجز الواقي من الأنسجة حوله متجاوزاً الخراجة الى الأنسجة البريئة ، وأنزم ما يكون هذا الحذر في أحوال الداحس ، ولعلّ أغلب عدوى أغمدة الأوتار وتغنزرها من استعمال المشراط استعمالاً غشياً . واذا اقتضى الداحس شقوقاً غائرة فلتعمل بجانب الاصبع ، وحذاريك أن تعمل هذه الشقوق ، كما تعمل كثيراً ، في متوسط سطحها الراجي أو الظهري . ولولا ضيق المجال في هذا الكتاب لاختصرت لك المناقشة الطويلة البديعة التي سمعتها في الجمعية الطبية البريطانية الجراحية في اجتماعها في بور تسموث في العام الفائت على العدوى الحادة في اليد . وليراجعها من شاء في جزء ٣٢٨٣ من المجلة الطبية البريطانية الصادر بتاريخ أول ديسمبر سنة ١٩٢٣

ومن دواعي الفشل فتحك جيئاً سطحيئاً وتركك جيئاً آخر غائراً مستطرفاً معه ومتصلاً به ، ومثال ذلك فتح خراج على النتوء الحلمي وترك العظم سليماً وأنت عليم أن المرض كله في الجيب والخلايا الحلمية . ومثال آخر فتح جيب في التهاب محيط الرحم المتقيح وترك جيوب أخرى . ومثال ثالث ما يحدث في الالتهاب السمحاق الحاد في عظم طويل ؛ اذ يشق الجراح على العظم فيجد الصديد بينة وبين السمحاق ويكتفي بتصفيته ولا يمسح الأليل حتى ينتشر الكروز في العظم ، ويطراً الالتهاب المفصلي العفن من الامتداد المباشر ، ثم السم الدموي الصديدي . فكم من مريض طويت صحيفته ، وكم من طرف فقدده صاحبه من هذه الغلظة التي يساعد على الوقوع فيها الخطأ في اسم المرض منذ الزمن القديم . فلا بد أن يمحي اسم « الالتهاب السمحاق الحاد »

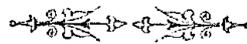
ويزول من ميدان الكتب الجراحية . فالمرض هو « الالتهاب العظمى » . وإذا حدث التقيح، في هذا المرض فالصديده موضعان يتجمع فيهما ، فالموضع الأول ما بين السمحاق والعظم ، والموضع الثاني هو المسافات النخاعية والاسفنجية في العظم . فعلى الجراح ، في كل حالة ، ألا يكتفى بتصفيية الصديد في الموضع الأول ، بل عليه أن يفتح العظم فتحاً عظيماً يكفي لتصفية ما في نخاعه من الصديد

وما كنت لأراني بحاجة الى التنبيه الى عدم اهمال احتياطات الطهر والتطهير في أثناء فتح خراج « لأنه عفن أو ملوث أصلاً » لو لم أسمع هذا العذر حديثاً . نعم إنه عذر أقبح من الذنب اذ يجب على الجراح بذل أقصى ما في وسعه لكيلا يضيف الى الميكروبات المعتدية أنواعاً أخرى منها يشتد بها أزرها فتحدث مضاعفات قد تقضى على حياة المريض ، أو على الأقل ، تعطل سيره الى الشفاء

واكثر ما قيل على العدوى الموضعية منطبق على العدوى العمومية وهناك طائفة من المرضى تأخذ الواحد منهم الحمى ، وتكون مواظبة لا تنقطع عنه ، ويبقى سببها غامضاً . وقتئذ تلزم الهمة، ويجب التعاون ما بين الطبيب المتوفر على الأمراض الباطنية ، والجراح ، والباثولوجي ، فيفحص عن الدم ، عدا وتميزاً ، واستنباطاً . ويفحص عن المريض فحصاً أكلينيكياً كاملاً . فقد عرف بعضهم مر يضاً كان يعالج ، زمناً طويلاً على زعم أنه مصاب بالوبالة (الملاريا) . وحقيقة مرضه خراج عظيم في الألية لسبب ما ستره عن الطبيب المعالج . وسمعت من أحد شيوخ الأطباء ، وقد كنت أعوده ، قصته الغريبة فأثرت نقلها ، ههنا ، لما فيها من الفائدة . قال لي إن حمى الملاريا كثيراً ما تأخذه من وقت الى آخر ، وكان يعالجها بالكينين تناولاً بالغم ، أو حقناً تحت الجلد . ولم تك الحمى لتعاند هذا الدواء على غير ما هي الحال في الدفعة الاخيرة اذ أصابته وكان مقبلاً في بنى سويف . فدعا إليه أحد الأطباء وطلب منه أن يعمل له حقن الكينين ، لعامله بالمرض وبعلاجه . فافتنع الطبيب بكلام مريضه الطبيب وعمل له الحقن . واستمرَّ يعمل الحقن بغير فائدة . وأخيراً عملت له استشارة طبية اتضح ، في أثناءها ، انه مصاب بخراج عظيم حول المستقيم فأجريت له عملية جراحية بعد أن انهكت الحمى قواه

قد يكون للأطباء في هاتين الحالتين بعض العذر لعدم تشخيص الخراج لكن ليس لهم أدنى عذر في تشخيص المرض بالمalaria واهمالهم بالتحقق منه بالفحص عن الدم وقد رأى أحد الجراحين أحوالاً كثيرة طراً منها السم الدموي الصيدي على أثر التعفن الحلي مع عدم وجود علامة موضعية عليه . وقد لا يوجد شيء ، في مثل هذه الأحوال ، سوى أذن هادئة مع انثقاب قديم . وقد لا يكون هناك انثقاب أو بروز في غشاء الطبلة

وكثيراً ما يغفل الجراح المنفرد في الكبد الناشئ عن الزحار أو الاستافيلوكوك الذهبى وكذلك الخراج تحت الحجاب الحاجز . ويحكى أحد الجراحين أنه رأى مريضاً طالت عليه الحلى ولزم فراشه أياماً كثيرة كان يعالج فيها من حمى مجهولة الطبيعة ومكث كذلك حتى من الله عليه بطبيب حاذق فحص عن بوله فوجد فيه علامات محسوسة على السيلان . والحكايات كثيرة ليس يتسع المقام في هذا الموجز لذكرها ، على أننا نحتاج إليها جميعاً لاتفاقها في المفزى المستفاد منها . فهي كلها تعلمنا أن نبذل أقصى ما في وسعنا للفحص عن المريض فحماً كاملاً ، وكذلك تعلمنا ضرورة التعاون بين الطبيب والجراح والباثولوجي وغيرهم من أنواع التوفر على الفروع الطبية



الفصل الثاني والثمانون

المرض الخبيث

يقع الجراح في أغلاط كثيرة في انشاء تشخيص المرض الخبيث . واكثر هذه الأغلاط شيوعاً عدم القدرة على تعرف المرض ، وهو في الدور الأول ، أو وهو على وشك الظهور . فهناك مقدمات في بعض أجزاء معينة كاللسان ، والثدى في النساء ، والرحم ، ففي كل ذلك مقدمات تسبق المرض وتدل عليه ، ويمكن الجراح أن يلاحظها بالفحص الدقيق . ولكننا ، مع ذلك ، كثيراً ما نرى التؤلؤة أو التشقق المزمن في اللسان مع الالتهاب المزمن فيه ^(١) بهمل علاجها ، بل كثيراً ما نراه ، اذا عولج ، عولج علاجاً غير صحيح بغير فائدة

والذي يلزم ، في مثل هذه الأحوال ، هو التعجيل بالاستئصال ثم الفحص عن المنسوج المستأصل فحسباً مجهرياً . وليس لك على اهمالك هذه الطريقة أى عذر لانك اذا اتبعتها مباشرة فكثيراً ما يتضح الورم الخبيث فينصح العليل بالعمامة الشفائية ووقتهذ يكون الأمل في الشفاء التام عظيماً

أما الثدى في النساء فكثيراً ما تكون الاكياس ، والأورام اللبنية ، والأورام الاديونومية التي تظهر فيه مبشرة بالورم الخبيث . ولا سيما ذلك في من تجاوزت الأربعين من العمر . والذي يجب أن يتبع هو الاستئصال ، والفحص عن المنسوج المستأصل فحسباً مجهرياً . وهذا الكلام ينطبق أيضاً على التقرح أو التآكل في عنق الرحم . وكل جراح له خبرة واسعة لا بد أن يذكر بعض أحوال محزنة بسبب اهمال هذه القاعدة الذهبية وهل أدلك على ما يجب أن تتبعه في كل ورم استأصلته بعملية جراحية ، ولو كان حميداً في الظاهر ، وأينما كان موضعه ، للهروب من الوقوع في هذا الخطأ والضمانة سلامة المريض في المستقبل ؟ تُرسل الورم للفحص عنه مجهرياً . ربما كلفك هذا العمل شيئاً

(١) الالتهاب المزمن في اللسان . Leucoplakia.

من المشقة ، وكلف المريض شيئاً من النقود لكنه ضرورى وضرورى جداً
دعيت لأرى سيدة مصابة بالسرطان فى الثدي وكان على ثديها فى الناحية المصابة
أثرة التحام صغيرة . وأخبرنى طبيبها أن هذه الأثرة تخافت عن عمالية جراحية لاستئصال
ادينوم من الثدي منذ سنتين . وكان الادينوم متكيساً غير خبيث . فلم يرسله للفحص
وذات مرة حضر الى العيادة الخارجية فى المستشفى صبى وكان مصاباً بورم وحى صغير
فى الساعد . فاستأصل الجراح المقيم هذا الورم بمخدر موضعى . وبعد قليل عاد الصبى وقد
ظهر عنده ورم بالقرب من أثره الالتحام . فاستأصله الجراح المقيم ، أيضاً ، بالمخدر
الموضعى ، وهو لا يزال يزعم أن الورم حميد . ولم ير فى الدفعتين ، ضرورة لارسال
الورم لفحص الجوى . ولما عاد الصبى ، المدفعة الثالثة ، بعد بضعة أشهر ، كان عنده ورم
فطرى متفرح فى الساعد وغدد فى الابط ، ورواسب خبيثة فى الرئتين . كان الورم خبيثاً
من السركوم الاسود

وهناك نوع آخر من الخطأ ليس نادراً ؛ وهو حسبك الرواسب الثانوية الورم الأولى
وإنه وإن تكن نتائج الخطأ أقل خطراً من الخطأ الأول إلا أن من الضرورى التنبيه
اليه . ولعل أحسن مثال لذلك استئصال الورم المبيض الخبيث على زعم أنه ورم أولى
بينما هو فى الحقيقة ثانوى لسرطان فى المعدة ، أو أى عضو آخر . وليس من النادر
حسب الورم الثانوى فى العظام سركوماً أولياً ، وإذا بترت الطرف ، بعد ذلك ، فقد
صارت غلطتك أفضح . ولا يمكن القول باتقاء هذه الغلطة دائماً ؛ لكنها لا تغنر دائماً
أيضاً . وخير طريقة لاثباتها ذكرها إياها وفحصك عن المريض فحصاً كاملاً دقيقاً
وقريب من ذلك استئصالك الورم الأولى مع وجود رواسب ثانوية لانك تعنت
المريض لمشقة عمالية كبيرة بغير فائدة

كان رجل مصاباً بورم فى البطن . وبالاستقصاء اتضح أنه سرطان فى القولون
النازل . فاستأصل الجراح الجزء المعوى المصاب بسرعة غريبة وبمباراة فائقة ووصل
طرفى المعى وصلاً جيداً وقبل أن يبدأ فى اقفال الجرح الذى فى جدار البطن طلب منه
طبيب العائلة الفحص عن الكبد وتحرى حالتها . وهل تدرى ماذا وجد ؟ لقد وجد
الكبد منتشراً فيها السرطان انتشاراً شديداً

ويلوح لى أن وسائل التلطيف كثيراً ما تفعل فى المرض الخبيث اذا تجاوز طاقة الجراح فليس ما يمنع اجراء العمليات الكبيرة تخفيفاً لحالة المريض وإن يكن الشفاء التام غير متوقع . فليس سير المريض نحو القبر من الأورام الثانوية فى الحجاب المنصف والرئتين مؤلماً للمريض وذويه ألمه وهو يقاسى ما يقاسيه من قرحة سرطانية متقرحة ، وقد ينفع قطع بعض الأعصاب كالعصب السنى السفلى والعصب اللسانى فى السرطان المتقدم فى الشفة ، وقد يحسب هذا الكلام خروجاً عن موضوع الكتاب وليس هو كذلك لأنى أريد أن ألفت الجراح اكليلاً يحصر فكره فى استئصال الورم استئصالاً شافياً أهو ممكن أم لا ، غير ناظر فيما يجب عليه من توجيه شىء من عنايته لتخفيف آلام المريض فيمابقى له من أيام حياته .

نشر الورم الخبيث بالعملية

مما يجب على الجراح اتقاؤه ، فى أثناء استئصال الورم الخبيث ، نشر المواد السرطانية فى الجرح .

وللوصول الى هذا الغرض لا يشق الورم الأولى ، ولا الغدد اللعابية ، ولا الانسجة الأخرى المصابة . فى استئصال سرطان الثدي مثلاً يلزم أن يستأصل الجراح الورم ، والثدى ، وجميع الانسجة المجاورة ، والعضلات الصدرية العظيمة والصغيرة ، والغدد الابطية ، يلزم أن يستأصل كل ذلك صبرة واحدة . ويجب أن يكون القطع بعيداً عن حدود الورم اذا أراد الجراح الوصول الى نتيجة حميدة .

سركوم العظم

السركوم السمحاقى

لو سأل سائل عن خير علاج للسركوم السمحاقى لأجاب الجراح بغير تردد «البتر» وهذا الجواب صحيح لو نظرنا الى المسألة من الوجهة النظرية ، وكذلك الكتب الجراحية التى منها يستقى هذا الجواب . ولكنك لا تستطيع ، أيها الجراح ، أن يكون جوابك فى عملك لمريضك بغير تردد ، وذلك لسببين : -

(١) خطأ التشخيص - كيف يستطيع الجراح أن يضمن لنفسه صواب رأيه في التشخيص . فعلاج مرض السركوم السمحاقى غير علاج المريض بالسركوم السمحاقى فالجراح الذى يبادر الى البت فى أن الورم سركوم بغير شك ، والذى يبادر الى البتر ، اعتماداً على ثقته بنفسه ، قد يأتى أمراً إذًا . نعم قد يكون للبت فى التشخيص بهذه الثقة وللبت فى العلاج بهذا الحزم ، شىء من التأثير فى المريض ، وذوى المريض ، وسائر الناس عامة ، وهذا مما يضطرنا الى تقييد أنفسنا لكيلا نجري وراء الهوى .
فكم من طرف بتر غلطاً على أن المرض سركوم سمحاقى وما هو إلا ورم التهابى ، أو ورم صمغى ، أو دشبذ ، أو كيس فى العظم ، أو ورم آخر حميد .
وبشىء من العناية يمكن التنجى عن كثير من الأغلاط لكن المرض فى أول أمره لا بد أن يكتشفه شىء من الشك .

ومن الضرورى الفحص عن المريض فحصاً كاملاً ، والفحص عن الرواسب الثانوية والاصابات المتعددة . واذا انتشر المرض فى الجسم فقد فات أوان الأمل فى الشفاء بالبتر . واذا أصاب المرض أكثر من عظم فالمرض غالباً حميد ، لأن السركوم لا يكون متعدداً فى العظام إلا نادراً جداً على غير ما هى الحال فى الالتهاب الدرني والسفلسى . وليس نادراً أن تعدد الأكياس والأورام الحميدة . ولا بد من استقراء التاريخ الاكلينيكي استقراء دقيقاً . ولا تنس الفحص عن الدم . وللصور الجميلة التى تؤخذ بالأشعة فائدة كبيرة ، على أنها تخدع أحياناً .

ومن الوسائل التى تقرب للصواب الفحص عن الورم فحصاً مجهرياً ، وان كان من الضرورى أن يتقبل الجراح نتيجة الفحص بكل احتياط . هذا الى أن على طريقة قطع جزء من الورم الخبيث لا عناته للفحص المجهرى اعتراضاً وجيهاً لأن القطع بهذا الشكل مما يساعد على انتشار المرض .

ويمكن أن يقال بالاختصار أن التدقيق فى الفحص مما يقلل الأغلاط كثيراً لكن لا يمنعها تماماً .

(٢) فشل نتائج البتر - أما السبب الثانى الذى يدعو الجراح الى التردد فى التوصية

بالبتير فهو فشل نتائجه . فقد ظهر من التجارب أن الشفاء بهذه الطريقة بعيد . لأن الأورام الثانوية تظهر بعد حين وتثلف حياة المريض . ويحسن أن أقول إن الانذار عقب البتر يختلف باختلاف موضع الورم الأولى ، فإن يكن في عظم الفخذ ، أو عظم العضد فالأمل ضعيف جداً في نجاة المريض بالبتر ، بل هو في عظم الفخذ أضعف من أن يذكر . وقد تعمل ، وقتئذ ، العملية لغرض التلطيف ، بشيء من الفائدة ، لكنها لغرض الشفاء عديمة الجدوى تقريباً بل إن فائدتها ، في هذه الحالة ، لا تعادل احتمال خطأ التشخيص ، وكلما قرب الموضع من الأطراف فالانذار أحسن على حد قولك : وفي الشر خيار .

والخلاصة أن المريض بسركوم في عظم الفخذ لا يحتمل أن يستفيد من البتر خلال المفصل الفخذي الوركى . أما إذا كان السركوم في عظم العضد فقد تطول الحياة بالبتر ، لكن رجوع الورم قريب . أما إذا كان السركوم في سائر العظام الطويلة الأخرى فقد تطول الحياة ، وقد لا يرجع الورم .

ولسوء الحظ أكثر ما يكون السركوم السمحاقى في عظم الفخذ والعضد . وهناك أحوال قليلة مذكورة في الصفحات الطيبة عن مرضى مصابين بالسركوم السمحاقى ولم يقبلوا التضعضع لعملية ، لكنهم تحسنوا . وهذا مما يقتضى أن يتدبر الجراح طويلاً قبل البت في أمر البتر للاشتباه في سركوم سمحاقى

السركوم داخل العظم

ليست الصعوية في الوصول الى صواب التشخيص ، ههنا ، بأقل منها في السركوم السمحاقى ، وليس خروجاً عن الموضوع أن أذكر بعض الأمثلة للتوضيح . وصور الأشعة تحتاج الى حذق لعملها ، والى خبرة لشرحها . وما الحاذق في العمل والخبير في الشرح بمعضوم من الخطأ .

رجل في الثالثة والعشرين من العمر انكسر عظم فخذه في منتصفه تقريباً . وكانت الإصابة خفيفة ولم يكن ، هناك ، علامات سابقة تدل على وجود مرض في العظم .

وحدث التحام بشيء من التشوه . وبعد الحادثة بسنتين شوهد ورم عظيم في موضع الكسر حيث يستطيع الانسان أن يحصل على أزيز بالضغط وعلى احساس التموج . ودلت الصورة على ما حسب وقتئذ أنه كيس حميد . وأجريت للمريض عملية استقصائية . وفيها فتح كيسان ، كان لهما جدر ليفية غليظة ، وفيها سائل أصفر صاف . وبعد سبعة أشهر وجد ورم كبير في عظم الفخذ وكان متموجاً . فعملت صورة بالأشعة ، وعمل له عملية ارادة استئصال الجزء المتوف ووضع طعم . لكن وجد حول الكيس ورم بلون أبيض مرشح في العضلات . واتضح من الفحص المجهرى أن الورم سركوم بخلايا مغزلية فيها خلايا عظيمة .

ويذكر لو كهارت مجرى حكاية تناقض التي ذكرت :

كانت المريضة صبية في الثامنة من عمرها ، وبينت صورة الأشعة ما حسب أنه سركوم داخل العظم في الطرف العلوى من عظم العضد . وبعد بتر العضد اتضح أن الورم كان كيساً حميداً .

من ذلك يتضح لنا أن من الضروري أن نتلقى نتائج الصور بكل تحفظ أهو سركوم داخل العظم أم كيس حميد . ولقد قال جوردان وهو من اكبر الثقات في التصوير بالأشعة ان الطريق الوحيد للتمييز بين الكيس في العظم والسركوم النخاعي فيه هو الفحص المجهرى

ومن سوء الحظ أن المجهر لا يكون دليلاً ضادقاً دائماً في هذه الأحوال . لكنه مساعد ويجب الاستعانة به دائماً .

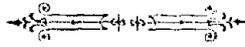
إن التشخيص لا يمكن الوصول اليه بالفحص بطريقة وحدة . بل لا بد من معرفتك بتولوجيا أورام العظم معرفه جيدة ، والمواضع التي يكثُر حدوثها فيها ، والأعمار التي تغلب فيها الأورام المختلفة ، ولا بد من الفحص عن المريض فحوصاً دقيقاً ، ومن الصور المأخوذة بالأشعة بمحاذق فيها ، ومن شرحها بخبير شرحاً صحيحاً ، ومن الفحص عن المتسوج بالمجهر فحوصاً بعناية لا بد من كل ذلك للوصول الى نتيجة تمكنك من التوصية بالبتر . زر المتاحف الطبية ترَ فيها عجباً ، ترَ الأطراف التي بترت بسبب الورم الصمغى ، والالتهاب

العظمى الدرني ، والدشبد ، والأكياس الحميدة ، وساثر الأورام الحميدة الأخرى . زر هذه المتاحف أيها الجراح تر ما يجعلك في يأس وقنوط لولا ما تهتدى به من تجارب الذين وقعوا في هذه الأغلط .

ومن طرق العلاج الشائع لكيس العظم أو الورم السركومى النخاعى اذا لم يكن منقداً هو الكحت . وليس يخلو هذا العمل البسيط من الخطر ؛ فقد ذكر بعضهم أحوالاً حدث فيها نزف غزير عقب الكحت . استمر النزف في إحدى هذه الأحوال حتى مات المريض ، واستمر في أخرى ولم يقطع الا قطع الطرف .

ومن الخطأ حسبك السركوم الذى ينمو بالقرب من طرف العظم الطويل أنه التهاب مفصلى . ولقد مر بك أن بوتان وكولبي وجدوا أن من ٢٢ مريضاً بالسركوم عولجوا بمستشفى القديس برثوليو لا أقل من عشرة كانوا يعالجون للالتهاب المفصلى الحاد أو المزمن . أما الغلط بحسب الرواسب الخبيثة الثانوية في العظم انها أورام أولية فقد مر ذكره ، كما مر بك ذكر الأطراف التى بترت لهذا الغلط .

وكان بودى ، لولا ضيق المجال ، أن الخص مقالا جليل الشأن فى تشخيص السرطان تلاه جوردون (١) على الجمعية الطبية الجراحية (٢) ونشر فى المجلة الاكلينيكية بتاريخ ٥ مارس سنة ٩٢٤



Gordon. (١)

Medico-Chirurgical Society. (٢)

الفصل الثالث والثمانون

التخدير

وإنه وان يكن هذا الكتاب خاصاً بأغلاط الجراحين وحوادث الجراحة إلا أن من الصواب أن أذكر فيه ما قد يقع من الحوادث الخاصة بالتخدير لعلاقتها بالجراح والعملية .

رأيت مخدراً وقد وقع في حيرة عظيمة وأرتباك شديد لأنه لم يستطع أن يخدر أو ينوم مريضاً بالكوروفورم بالتقطير على رفاة . حاول التنويم نصف ساعة أو أكثر ولما لم يفلح وأخذ يبحث عن السبب وجد أخيراً أن ما في القنينة هو إثير لا كوروفورم فاقصر الضرر في هذه الحالة على اتعاب المريض ومضايقة الجراح على غير ما هي الحال في الحكاية الآتية : -

كان جراح يعمل عملية لمريض ، وكان تخديره بالإثير بالطريقة المفتوحة فشحب لونه فجأة ، وصار التنفس سطحياً ، وتمددت الحدقتان ، وكان على وشك الموت . وكان الجراح ، لحسن الحظ ، على وشك الانتهاء من العملية ، فأتمها بغير مخدر . وهذا ما حدث في حالة أخرى بنهاية محزنة لأن المريض توفي . ووقتئذ عرف أن ما في القنينة هو كوروفورم لا إثير . كان النوم يستعمل قنيتين صغيرتين بقطارتين ، فلما فرغت احدهما ملأها الممرضة بالكوروفورم وناولتها النوم . وبذلك وضعت الممرضة الكوروفورم في القنينة بدلاً من الإثير

وفي حالة أخرى وضع الكوروفورم بدلاً من الإثير في شماعة كلوفر^(١) بخطر عظيم للمريض

وذات مرة ، وقد كنت أعمل عملية في حالة احتباس معوي ، ليلاً ، في مستشفى عباس ، فرغت قنينة الكوروفورم قبيل نهاية العملية ، فطلب النوم من رئيس الممرضين أن يملأها له . وبعد الفراغ من العملية شمنا رائحة زيت التربنتينا فزعمنا أنه وضع فيها

الترينيتينا بدلاً من الكلوروفورم . وبالتحري التضح أن هذه الرائحة كانت من دهن البطن بالزيت قبل العملية ؛ ولم تشم في أثناء العملية لأن البطن كان مغطى بالفوط فبذه كلها مما يدعو المخدر الى التحقق من المادة التي في القنينة قبل الاستعمال بحاسة الشم ، وهو ما يفعله بعضهم . وليس يستطيع الانسان أن يعتمد دائماً على الأنف للوصول الى معرفة السائل المستعمل فمن المستحيل التمييز بين الإثير والكلوروفورم بحاسة الشم بعد استنشاق بخار المخدر زمنًا ما . وهذا ما يدعو الى الاستعانة بوسائل أخرى كأن يستعمل للإثير قنينة كبيرة مثلاً ذات شكل يخالف شكل القنينة التي تستعمل للكلوروفورم والتي تكون أصغر ، وكأن لا يعتمد المخدر على غيره في ملء هذه القناني واخلالها

وذات مرة أراد منومٌ خبير أن يبرهن على قدرته على تنويم مريض في وقت معقول بغاز أوكسيد النتروز^(١) وقد فات بعض الوقت ولما يعرف أنه إنما كان يعطى المريض الاكسجين النقي لأنه فتح صنبور اسطوانة الغاز الآخر خطأً

وقد حدثت حوادث موبقة من عدم إحكام الأنايب المرنة في شمامة جنكر^(٢) فيقذف الكلوروفورم قذفاً في فم المريض . ولاتقاء هذه الحوادث لا يملأ إلا ثلث القنينة التي في الجهاز بالكلوروفورم وأن تحم الأنايب بالقنينة إحكاماً جيداً ، ولتحقق من صحة التفاصيل يحسن أن يختبر المنوم الجهاز كله قبل استعماله . ولا أراني بحاجة أن أذكرك بعدم قلب زجاجة الكلوروفورم في أثناء الاستعمال

وهل أدلك على خطر آخر . هو ما يحدث عن اعطاء المريض الأدرينالين وهو مكافر كلفة^(٣) خفيفة . وأول من نبه الى خطر الجمع بين الكلوروفورم والأدرينالين هو المستر درنكوتر^(٤) وإطالما سمعت عن حوادث موت فجائي، في أثناء العمليات من الجمع بين الاثنين معاً

Nitrous oxide gas. (١)

Junker's inhaler. (٢)

كافر المريض نومه بالكلوروفورم وهو من استعمال بعض المتأخرين

Mr. E. H. Drinkurater. (٤)

وهناك متاعب خفيفة تنشأ عن ملامسة الاثير أو الكلوروفورم جلد المريض . فليس من النادر حرق الوجه بشمامة الكلوروفورم اذا كانت رطبة ومنتشبة به وملامسة الخدين والأنف . وينتق هذا الخطر باتقاء ملامسة الشاممة الخدين والأنف ، أو بدهان الوجه بالفازلين قبل تنويم المريض . وقد تنزل نقطة أو أكثر من الكلوروفورم على عين المريض قهيجها . وينتق هذا الخطر بوضع فوطة على العينين . وقد يحدث ذلك عن الاثير أيضاً

ويصح أن يحدث تصقيع في الخدين ، في أثناء استعمال الاثير بالطريقة المفتوحة ، وذلك من تواصل الضغط من الشاممة الثلوجة . وخير ما يعمل لذلك ، اذا نتجت الشاممة ، وضع فوطة بعد باها بالماء الدفئ على الوجه من وقت الى آخر ومن العادات الممقوتة هو اختبار الفعل المنعكس للقرنية بالأصبع مراراً ، في أثناء التخدير . فليس هذا العمل ضرورياً ، هذا الى أنه مما يؤذى بشرة القرنية الرقيقة . ومن العوامل الفعالة على أذى القرنية جفافها في العمليات الطويلة اذا بقيت العينان مفتوحتين . ففي كل المرضى الفاقدين إدراكهم يلزم انزال الجفن العلوى على القرنية ، من وقت الى آخر لترطيبها ، اذا بقيت عيونهم مفتوحة ، وكذلك في المرضى المخدرين يلزم وضع نقطة من زيت الخروع في الملتحمة أحياناً

ومما يذكر اشتعال بخار الاثير ، في أثناء العملية ، لقربه من مصباح غاز . وإياك أن تنسى هذا الخطر . فقد رأى أحد الجراحين ما حدث لمريض كان يخدر بأوكسيد النتروز ، والاثير ، والاكسجين اذ رأى المنوم أن يرفع عنه الشاممة لسبب ما ، وفي أثناء رفعها مر بها بالقرب من مصباح كئولى كان يستعمل لتدفئة البخار وهو يمر في جهاز التخدير . ولقد أطفئت النار التي اشتعلت بالقضائف سريعاً ولم يحدث للمريض الأحروق سطحية بسيطة

وقد يحدث أن الجراح يصاب بغازات انحلال الكلوروفورم الناشئة عن اقتراب بخار الكلوروفورم الى موقد حار . ويقول الجراح الذى أصيب بهذا الحادث إنه لم يستطع إتمام العملية إلا بكل صعوبة لانسكاب دموعه انسكاباً جعل على عينيه أغلاط الجراحين (٣٩)

غشاوة ، ولهاياج خنجرته . وكان الموقد الذى فى الغرفة ، فى هذه الحالة ، يقاد بفحم الكوك . وفى حادثة أخرى كان الموقد يقاد بزيت البترول وقد احمراً الجزء العلوى منه فأحدث اعراض انسكاب الدموع والهاياج الخنجري . ومن الغريب أن الجراح والمنوم كليهما سقط على الأرض منسياً عليهما . ومن حسن الحظ أن الممرضة التى كانت بغرفة العمليات لم تتأثر كثيراً فبادرت الى فتح النوافذ ، وتخليص المريض من الخطر بإخراجه الى الهواء الطلق وكان طفلاً . ولما تجدد الهواء فى الغرفة أفاق الجراح والمنوم .

الاختناق

أهم خطر يتعرض له الشخص الذى يعطى الكالوروفورم يعطيه غير خبير هو الاختناق . فكثيراً ما يرى المنوم غير الخبير وقد تأخر طويلاً تأخيراً غير ضرورى فى إدارة رأس المريض الى ناحية ما ، ورفع الفك الى الأمام ، وجذب اللسان ، ووضع المسلك الهوائى الصناعى . فلم ذلك ؟ ولم تستعمل تلك الآلة القديمة ذات النصلين التى تضغط اللسان وتسحقه ، وتسمى بجفت اللسان ، ولم لا يستعمل ، بدلاً من هذا الجفت ، الجفت الآخر الحديث الذى يرشق اللسان أو طرفه ، فلا يتألم المريض منه وقد أفاق من التخدير على غير ما هى الحال اذا استعمل الجفت القديم

وقاماحتاج الى استعمال جفت اللسان ؛ لأن خير طريقة لجذبه فى أحوال الاسعاف ادخال السبابة وجذب اللسان بها بالضغط عليه أعلى لسان المزمار . ولتسهيل مرور الهواء خلال الفم والبلعوم يمكن استعمال المسلك الهوائى الصناعى^(١) لأنه مفيد غير ضار ومن القواعد الأساسية لإعطاء المخدر من الفم والأنف اتقاء أى عائق للتنفس . فلا بد أن يكون الشهيق والزفير بكل سهولة . ولهذا الغرض يلزم فك الملابس الضاغطة على الصدر ، وفك أى رباط يكون حول العنق قبل البدء فى اعطاء الكالوروفورم وأحياناً يتعطل النفس والدورة بوضع المريض فى الموضع الرأسى المنحدر ، الضغط الأحشاء الحجاب الحاجز ، ويزداد هذا التعطل اذا كانت العضدان فى وضع التباعد والاثناء ؟ لصعوبة التنفس والعضدان فى هذا الوضع . ولتسهيل التنفس لا بد أن تكون

Hewitt's artificial airway. (١)

العضدان بجانب الجسم . ويحسن أن أقول ان التنفس قد لا يسهل اذا كان المريض في وضع شق العجان ، ولا سيما ذلك اذا كان بادناً أو شيخاً لأنه يكون معرضاً للاختناق الوريدي والزرقة وهو في هذا الوضع

ومن الضروري انقاء انسداد المسالك الهوائية بالأجسام الغريبة . فيلزم رفع الأسنان الصناعية قبل البدء في التخدير ، والفحص عن الرواضع^(١) والأسنان الدائمة حتى اذا كان بعضها مقللاً وضع مبعداً الفك بكل حيطة وحذر . ولقد سمعت بعضهم وهو يحمل حملة شعواء على طبيبين كانا يستأصلان اللوزتين والأورام الغدية الحلقية من طفل فقالت إحدى رواضعه وكانت مقللة

والأسنان الصناعية اذا تفلقت في أثناء التخدير فاكثراً تنحدر الى البلعوم والمرىء ، لا الى الحنجرة والقصبه الهوائية ، فلا تحدث أعراض الاختناق مباشرة ، لكنها قد تحدث متاعب مختلفة شديدة بنزولها في المرىء ، أو في المعدة ، أو اللغائفي ، أو في أى جزء من القناة المعوية

وقد يكون طقم الأسنان منبعاً للخطر أيضاً إذ ينحدر في البلعوم . وكذلك المشابك التي تشبك بها الأسنان . ولا تقاء خطر هذه المشابك تعمل أزواجاً ، ويصل بين كل زوج شريط أو سلك

واذا بدت الزرقة على وجه المريض المنوم ، وأوشك نفسه أن ينقطع ، وصارت الحاجة ماسة الى عمل التنفس الصناعي ، فلا بد من ثلاثة أمور ، وهي :

(١) فتح فم المريض

(٢) جذب اللسان الى الخارج ، ورفع الفك

(٣) عمل التنفس الصناعي

ولا بد من عملها بهذا الترتيب . وكثيراً ما تعمل هذه الوسائل بغير نظام ، فيبدأ المنوم بعمل التنفس الصناعي ، والمسالك الهوائية مسدودة لعدم فتح الفم وجذب اللسان أولاً

وقد يحدث الاختناق عن أجسام أخرى غير الأسنان الصناعية كاللوزتين والأورام
العديدية الأنفية التي استؤصلت ، وعن مواد التقيء

الالتهاب الرئوي الاستنشاقى

إذا تركنا ، جانباً ، الاختناق من سقوط الأجسام الغريبة الكبيرة فى الحنجرة ،
فالمريض غير المدرك معرض لخطر آخر هو استنشاق المواد العفنة فى المسالك الهوائية
مما يتولد عنه التهاب رئوى عفن كما يحدث فى أثناء فتح الجراح خلف البلعوم . وعلى
الجراح ، أن يذكر هذا الخطر ، كلما أعطى المريض مخدراً عاماً ، لعلاج بؤرة عفنة
مستطرفة مع الفم ، أو البلعوم ، أو الأنف ، أو المسالك الهوائية ، وأن يمنع بقدر الامكان
استنشاق المريض هذه المواد بالوضع المناسب ، أو بالتجفيف بسرعة . ويحسن عدم
اعطاء المورفين قبل العملية . ويفضل أن يكون التخدير خفيفاً لىبقى الفعل المنعكس
فى الحنجرة

وقد كانت الجروح النارية المتعددة فى الفك كثيرة ، فى أثناء الحرب العظمى ،
من المدافع والقنابل ، وكان علاجها يقتضى عمليات بالمخدر العام ، وكانت تشاهد على
أثرها مضاعفات مختلفة كالإلتهاب الرئوى الشعبى العفن ، وخراج الرئة ، والامبايما .
وقد رأى بعضهم اتخاذ الاحتياطات الآتية على سبيل الوقاية :

- (١) اعطاء المريض ، قبل العملية بنصف ساعة ، حقنة اتروبين بمقدار عشر
معشار القمححة ($\frac{1}{10}$) وذلك لتقليل العباب . والاتروبين يعطى وحده لا مع المورفين
- (٢) ونظافة الفم نظافة تامة بأقصى ما فى الامكان قبل العملية مباشرة
- (٣) وإعطاء المخدر خلال أنابيب من المطاط تمر من الأنف الى البلعوم ، مع
حشو البلعوم جيداً بالدهان
- (٤) تخفيف المخدر لكيلا يمحى الفعل المنعكس فى الحنجرة أو فى البلعوم
ويستعمل بعضهم ، عدا هذه الوسائل ، طمبة لعابية خاصة لمنع تجمع السائل العفن
فى الفم

ويفضل التخدير الموضعي ، إن أمكن اجراء العملية به ، عن التخدير العام

التخدير الناقص

يحدث نادراً ، من وقت الى آخر ، أن يموت العليل من تجاوز الجرعة القانونية .
ولئن ذكرت أن النوم انساني من البشر غير معصوم ، وأنه قد يقوم بعمله ، وهو مضى
من التعب والإعياء ، أو وهو مشغول الفكر غير مرتاح ، فلئن ذكرت كل ذلك لاستغربت
من ندرة هذه الحوادث ندرة عظيمة

ولا شك ان مما يزيد في استغرابك ان تعرف أن الموتى بسبب عدم اعطاء المريض
المخدر بمقادير كافية اكثر من الموتى بسبب تجاوز الجرعة القانونية وعبارة أخرى ، إن
الموت من نقص الجرعة أقرب منه من زيادتها

لنحسب أننا نريدكى لحيمة^(١) في مجرى البول عند مريضة ، أو نريد إجراء عملية
البواسير في مريض آخر . فاذا بدأنا في الكي أو في تمديد الشرج تحدث الوفاة فجأة .
ان الوفاة ، في هذه الحالة تنشأ عن منع المراكز الحيوية منعاً منعكساً لنقص التخدير
أى لعدم استغراق المريض في النوم . فالعمليات المؤلمة اذا عملت والتخدير خفيف
أحدثت صدمة ، ومن الخطأ إجراء العملية مع التخدير الخفيف ارتكائاً على ان حالة المريض
لا تتحمل التخدير التام . وكل جراح خبير في عمليات البطن لا بد أن يذكر بعض
العمليات التي استغرقت ضعف وقتها لعدم استطاعة النوم تنويم المريض تنويماً
كاملاً . نعم لا بد أن يذكر كل جراح ذلك لأنه لا يمكن أن ينسى ما يقاسيه من
الضيق وما يحل به من الغضب . ولقد مرَّ بك الكلام مطولاً في عمليات البطن على
هذه المسألة . قد يكون من الصعب ، في بعض أحوال الالتهاب البريتوني ، إرخاء
الجدار البطني إرخاء جيداً ، وتنويم المريض تنويماً كاملاً ، لكن المخدر الخبير يستطيع
غالباً الحصول على الدرجة المناسبة من التخدير . وعلَّ اعطاء المريض حقنة من المورفين
قبل العملية بساعة من خير ما يعمل لهذا الغرض ولا سيما ذلك اذا كان التخدير بالإثير
وعليك أيها الجراح أن تسعى جهدك لكي يكون الجدار البطني مسترخياً لإتمام عملك

سريعاً. ومما يساعد على هذا الاسترخاء أثناء الركبتيين على الفخذين بوضع وسادة تحتهما ومن عيوب نقص التخدير أن يكون المريض معرضاً للقيء، في أثناء العملية، مما يكون سبباً في إطالة وقت العملية على الأقل، على أنه يكون سبباً في أحداث الوفاة أحياناً. ولقد فقد بعضهم مريضة عزيزة عليه بسبب هذا القيء. كانت مصابة باحتباس معوي بسبب اختناق فتق رختر^(١). وكانت العملية بسيطة سهلة، ولم تكن الامعاء كثيرة العطب من الاختناق. لكن بعد رد محتويات الفتق حدث القيء واستنشقت المريضة موادها فبدت على وجهها الزرقة وماتت - غرقاً بمواد القيء.

وإنه وإن يكن الجراح يرجو أن يكون النوم المساعد له في عملياته خبيراً إلا أن هذا ليس ممكناً دائماً. لكن عليه أن يسعى لذلك وليس عليه أن تساعده المقادير. جرت العادة في إنجلترا أن طبيب العائلة الذي يرشد إلى الجراح أو يوصى به يرغب أن يتولى أمر التخدير بنفسه للجراح، وليس يسهل على الأخير أن يقابل مثل هذا الطلب بالرفض. فإذا نظرنا إلى هذه المسألة من الوجهة المادية والاجتماعية والأدوية، فمن الضروري أن يحضر طبيب العائلة في العملية ويتناول أجراً على هذا الحضور. أما المخدر فمن مصلحة الجراح، ومصلحة المريض، ومصلحة طبيب العائلة أن يتولى التخدير متوفراً على التخدير.

تجهيز المريض للتخدير

إن من المهم أن يقول الإنسان إن من الضروري تهدئة أعصاب المريض قبل العملية مما يتيسر إذا ساعد الجراح في ذلك أهل المريض وذووه. على أن ذلك قد لا يتيسر إذا كان المريض عصبياً خائفاً، ووقتئذ لا بد من شيء من الحيلة والدهاء كأن يعطى المريض المخدر وتحت تأثير المورفين إذ يكون غير مكترث لما سيحصل. فبقليل من العناية والتحفظ يمكنك أن تحصل على غرضك بهذه الطريقة لكن هناك ما يمنع من تعميمها في كل الأحوال.

ولا بد من العمل على إعطاء المخدر والمعدة ، والمستقيم ، والمثانة ، كل ذلك غير مملوء ، وذلك لاتقاء خروج المحتويات في أثناء العملية أو بعدها ، ولعدم ضغط هذه الأعضاء على الحجاب الحاجز ، في أثناء التخدير .
ويحكي أحد الجراحين الحكاية الآتية :

قابلت ، ذات يوم ، صديقاً لى وكان طبيباً ، وهو خارج من عيادة طبيب أسنان حيث كان هناك خلع سن نخرة تحت تأثير كلورور الأيثيل . قابلته وقد كان مغموماً في كرب وضيق لسبب ما . ذلك انه كان مشغولاً ، كل وقته ، في عمل زياراته قبل موعد ذهابه لطبيب الأسنان ، فلم يتمكن من البول قبل تناول المخدر . وكانت النتيجة أن المثانة ، وهو تحت تأثير المخدر ، لم تستطع حجز البول .
ويستحسن بعضهم اعطاء المريض مليناً خفيفاً ، قبل العملية بيومين ، ان سمح الوقت وعمل حقنة شرجية في المساء قبل العملية . ولا شك أن هذا النظام مما يسمح للمريض أن يمضى ليلة العملية هادئاً بغير قلق . فإن لم تكن وسعة من الوقت تكفي حقنة شرجية وكان القوم فيما مضى يهتمون كثيراً بالمسهلات قبل العملية لإخلاء المعدة والامعاء وهى طريقة ضررها أكبر من نفعها . فأما الضرر الأصغر فهو اضعاف المريض وهو على وشك العملية ، وأما الضرر الأكبر فهو خطر البول الأستونى .

البول الأستونى

أكبر ظنى أن البول الأستونى أكثر شيوعاً في الخاصة من المرضى منه في العامة من مرضى المستشفيات ، وان احصائيات المستشفيات ليست دليلاً على تكرار حدوثه ولعل سبب شيوع البول الأستونى بين الخاصة من المرضى هو أنهم أقل حركة ونشاطاً من العامة من الناس وانهم دائماً أكثر اهتماماً بلباسهم ، وانهم يتناولون من الأغذية الشحمية والنتروجينية مقادير أكبر . وكيفما كان السبب فمن الضرورى الاهتمام بهذه الحالة فبسببها تموت أرواح كثيرة كل عام .
وبغير أن أدخل في التفاصيل الفسيولوجية والباتولوجية يصح أن أقول ان سبب

البول الأستيتونى هو نقص فى وظيفة الكبد الخاصة بالجلايكوجن . فإذا جوع رجل سليم ولا سيما ذلك إذا كان فى مقبل العمر، أو إذا خلا^(١) على المواد الشحمية والنتروجينية التى لا تحتوى على مواد نشوية وسكرية (كبروهدراتية) فإنه مصاب عاجلاً أم آجلاً بالحموضة الدموية^(٢) ، وهذه تنضح بظهور الأستيتون وحامض الدياستيك فى البول ، وبرائحة خاصة فى الفم ، وبالتىء إذا تناول المريض شيئاً من الطعام . فإذا استمرت الظروف التى أحدثت البول الأستيتونى ظهر اليرقان ، وصار المريض مسبوياً^(٣) . وقد يسبق السبات شىء من الهياج المستيرى ، ثم يموت . فإذا أعطى المريض شيئاً من الغذاء الكبروهدراتى فقد لا تقذفه المعدة ويتحسن . فإن لم يستطع تناول شىء من المواد الكبروهدراتية بالفم فلا بد من الالتجاء الى الحقن بحلول الجلوكون حثناً تحت الجلد أو فى المستقيم . وليكن المحلول بنسبة ٥ فى المائة .

ولتعلم أن الكلوروفورم وغيره من المخدرات يهئ لحدوث البول الأستيتونى، وذلك اما بوقف الظواهر التمثيلية ، واما بالتأثير فى النشاط الحيوى فى خلايا الكبد ، والكليتين وسائر الأعضاء . لكن المخدرات ليست هى السبب ، فالصدمة تهىء لهذا البول أيضاً . وعلى ذلك يكون السبب الحقيقى هو حاجة الجسم الى المواد الكبروهدراتية مما يتأتى من الحرص على تجويع المريض قبيل العملية بجمعه يقتصر فى غذائه على اللبن ، والمرق ، وماء الزلال ؛ فلنكن من ذلك على حذر . وعليك أيها الجراح ، أن تبادر الى الفحص عن البول ، كلما اعتري المريض قيء ، أو حدث عنده هياج هستيرى ، أو سبات عقب العملية . وليكن الفحص فى البول عن الأستيتون وحامض الدياستيك ، للتحقق من أن المضاعفة ليست من حرمانه من المواد الكبروهدراتية .

ولا تنطبق هذه الحقائق تماماً على البول الأستيتونى فى البوال السكرى والكبد المزمن . ففي البوال السكرى ينقص الجسم الإفراز الباطنى الذى تفرزه غدة البنكرياس ويجعل الغذاء الكبروهدراتى يقاوم المواد التوكسينية الواصلة الى الكبد من القناة المعوية

(١) يقال خلا على بعض الطعام إذا اقتصر عليه

(٢) الحموضة الدموية زيادة حموضة الدم أو قلة قلوبته

(٣) المسبوت هو من أصابه السبات

عن طريق وريد الباب . وفي الكبد المزمن لا تستطيع الخلايا الكبدية ، لما فيها من المرض ، أن تقوم بوظيفتها تماماً .

والملاحظتان الجديرتان بالذكر هما :

أولاً - ان البول الأستوني ينشأ عن الحرمان الكربوهيدراتي ولا سيما ذلك اذا تناول الإنسان المواد الشحمية والنتروجينية وهو محروم من المواد الكربوهيدراتية
ثانياً - ان هذا البول يمكن شفاؤه بالتغذية بالمواد الكربوهيدراتية في الوقت المناسب وان وقوفك على هذه المضاعفة وعلاجها في الوقت المناسب حياة لكثير من المرضى واليك أمثلة توضيحية

دعى أحد الجراحين لعيادة صبي سقط من ارتفاع على الأرض منذ بضعة أيام فحدث عنده رض في رأسه . ولم تظهر عنده أعراض سيئة عقب الإصابة مباشرة . لكن حدث عنده القيء بعدها ببضع ساعات ، واستمر بغير انقطاع ، واعتراه شيء من النعاس مما جعل الطبيب يظن أنه مصاب بكسر منخفض في الجمجمة مصحوب بانضغاط المخ او باصابة فيه . ولم يكن عنده شيء من ذلك . وحقيقة أمره انه كان مصاباً بالبول الأستوني وقد اختفت الأعراض سريعاً عقب التصريح له بالغذاء النشوي السكرى .

أما المثال الثاني ففتاة بادنة كان يظن أنها مصابة بالتهاب الزائدة الدودية ، لوجود القيء وشيء من النعاس . وتلقت الأم الأمر من طبيبها بعدم اعطائها الماء الزلال . ولم يكن ليبقى في جوفها . وبالفحص عنها اتضح أن بطنها مضاضة أظهر ما تكون في الجزء العلوى من البطن ، ولعلها من مجهودات القيء وبإضافة بضع نقط من سائل بركلورور الحديد الى بولها ظهر تفاعل حامض الدياستيك ظهوراً جيداً ، فنصحت لأمرها باعطائها كسرة من قشر الخبز ، وقد فعلت بعد شيء من التردد . فتناولتها الفتاة ولم تقذفها معدتها . وزالت الأعراض . وتماثلت . وبالإستفهام عن غذائها عرفت أنه كان ناقص المواد النشوية والسكرية

وكان الخطر ، في هذين المثالين ، أن تعمل لهما عملية غير ضرورية لا يبعد أن تقضى عليهما لعدم ادراك البول الأستوني . ويجب عليك ، أيها الجراح ، تفهيم الآباء هذه

أغلاط الجراحين (٤٠)

الحالة وشرح سببها لهم لتغيير الغذاء وجعله مناسباً والمرضى ، والاعادت الاعراض وقد تحسب شيئاً آخر بعواقب وخيمة . ويلزم تفهيم الأباء أن يذكروا هذا التاريخ للأطباء وهم يفحصون عن المرضى لأمراض مستقبلية قد تقتضى العلاج بالعمليات لانتقاء الحموضة الدموية عقب العمليات الضرورية

والرأى السائد ان هذه الحموضة اكثر شيوعاً بعد التخدير بالكلوروفورم منها بعد التخدير بالإثير . وقد يكون هذا صحيحاً . فالكلوروفورم قد يكون أشد تأثيراً في الخلايا الكبدية التي تقاوم أنواع التوكسين المعوى ، أو في الخلايا الكلووية التي تعمل على افراز هذه الأنواع . وربما كان التخدير بأوكسيد النتروز والأوكسجين أقل تلفاً للخلايا الكبدية والكلوية من الإثير أو الكلوروفورم؛ وهو رأى له شأنه . لكن المهم أن تعرف أن السبب الجوهرى للحموضة الدموية ليس المخدر كيفما كان مبيئاً لها . فاذا وجد السبب الجوهرى للحموضة ظهرت أعراضها على المريض بعد اعطائه الكلوروفورم ، أو الإثير ، أو كلورور الايثل ، أو اوكسيد النتروز ، أو بغير تناوله أى شئ من ذلك والخلاصة العمل على اثناء هذه الحموضة في كل العمليات بعدم حرمان المريض من الغذاء في أثناء تجهيزه لهذه العمليات ، ويجب أن يتضمن الغذاء المقدار المناسب من المواد الكربوهيدراتية . ومن الضروري الاشتباه في الحموضة في كل أحوال القيء ، والنعاس أو السبات اذا ظهرت هذه الأعراض عقب العمليات . وهذا مما يقتضى الفحص عن البول للتحقق من وجود الاسيتون وحامض الدياستيك . وعليك ، أيضاً ، أيها الجراح ، أن تسمح لمريضك بأسرع ما يمكن عقب زوال تأثيرات المخدر بغذاء يحتوى على مواد سكرية ونشوية . فان لم تسمح حالة المريض بذلك لسبب ما فلا بد من حقن المريض بحلول السكر حقناً شرجياً

ولتعلم أن المثالين اللذين ذكرتهما ليسا للحموضة الدموية عقب العملية . وقد فعات ذلك لأبين لك انه وإن تكن هذه الحموضة اكثر حدوثاً بعد العمليات إلا أنها لا تقتصر على ذلك . وأول من وصف هذه الحالة هو جوترى (١) ، ووصفها باسم « السم المتأخر

بالكلوروفورم^(١)». وأغلب الأحوال تشاهد عقب العمليات ، وإن كانت العمليات عرضية لاضروية لحدوثها

أما تأثير الحقن بمحلول السكر فعظيم . فقد شفى شاب وصل الى درجة السبات وكان مصاباً باليرقان مما حدث له عقب عملية خراج في الزائدة الدودية ، بتأثير الحقن بمحلول السكر حقناً تحت الجلد وفي المستقيم

وقد وصى بعضهم باستعمال البنكرياتين^(٢) علاجاً لهذه الحموضة . وليس عندي ما أبدية في هذا الشأن لأنى لم أستعمله بنفسى

ويوصى البعض باستعمال الانسولين علاجاً للحموضة وإن لم تكن ناشئة عن البوال السكرى . اطاعت على ذلك حديثاً فى إحدى المجلات الطبية ، ولعلها مجلة الجمعية الطبية الأمريكية^(٣) ولكنى لم أجربه لهذا الغرض

القيء عقب التخدير

فان تركنا الحموضة جانباً فالتهوع والقيء عقب التخدير قد يتعبان المريض ويقلقان الطبيب . ولعل السبب هو هياج الغشاء المخاطي المعدى بملاسته ملاسة مباشرة بالتخدير وينتج القيء بغسل المعدة بالماء الساخن ولما يترك المريض منضدة العمليات . ولم تتبع هذه الطريقة بصفة نظامية لجملة اعتراضات وجيهة عليها ؛ لكنك يمكنك اتباعها عند الضرورة

ويقل الميل للقيء عقب العملية بحقن المريض بالمورفين والاتروبين بساعة قبلها ولعل التأثير ينشأ عن قلة اللعاب ، فيقل ما يبلع من الإثير أو الكلوروفورم ولكن اذا استعملنا المورفين حقناً تحت الجلد قبل العملية فقد لا نستطيع الحصول على درجة جيدة من التخدير لما يحدثه من المورفين فى الجهاز التنفسى من الانحطاط .

Delayed Chloroform poisoning. (١)

Pancreatin. (٢)

The Journal of the American Medical Association. (٣)

ولذلك يفضل بعضهم استعمال الامنوبون^(١) لأنه أقل تأثيراً من المورفين في الجهاز التنفسي والتخدير، إذا كان خفيفاً، ولا سيما ذلك بالإثير أدمى لتحرّض القيء بعد العملية منه إذا كان شديداً، وذلك لفقدان فعل البلع المنعكس. ويمكن تقليل البلع، في أثناء التخدير بخفض رأس المريض بقدر الإمكان، وبإدارة وجهه إلى إحدى الناحيتين، وبهذه الطريقة يخرج اللعاب المشبع بالإثير من الفم ولا ينزل إلى المعدة ومن الاحتياطات النافعة لانقضاء القيء بعد العملية عدم تحريك المريض حركات غير ضرورية وتركه هادئاً ساكناً لكي ينام. وإياك أن تحاول إيقافه بلطم وجهه أو أى وسيلة أخرى

وهناك أسباب أخرى للقيء بعد التخدير غير التخدير. فقد يكون القيء من الأعراض السابقة للعملية ويكون عدم انقطاعه بعدها من تواصل المرض الأصلي، كما في السم البولي، والالتهاب البريتوني، والاحتباس المعوي إذا لم يستأصل سببه. وهناك سبب خاص يجب أن يلاحظ في عمليات البطن؛ وهو الانسكاب الدموي في التجويف البريتوني. وهذا السبب كثيراً ما يغفل. فقد عملت عملية لسيدة لمرض داخل الحوض وشوهد أنها بعد العملية كانت قلقة مضطربة واستمرّ عندها القيء شديداً. فقد يكون القيء، في مثل هذه الحالة، عن المهستيريا، أو الضعف العصبي، على أنه قد يكون من نزف في التجويف البريتوني من عيب في العملية الجراحية. والخراج الحوضي الباقي هو سبب آخر للقيء

ففي كل الأحوال التي يشتد فيها القيء عقب التخدير، ولا سيما ذلك إذا اتخذت الاحتياطات لانقائه، لا بد من الاشتباه في سبب عضوي إذا أخرجنا الحموضة الدموية والسم البولي بالفحص عن البول فحصاً كاملاً

ولقد ذكر المستر هارولد درنكوتر^(٢) حقيقة جديدة بالملاحظة بشأن استعمال أكسيد النتروز في الصغيرات من السيدات، وهي أنه إذا حان موعد الطمث فاستعمال الغاز قد ينزل الدم فجأة، حتى لقد يبدأ الطمث قبل أن تنقل السيدة إلى بيتها. ومثل

هذه المضايقة من السهل اتقاؤها اذا عرف الجراح ميعاد الحيض . ولسبب قريب المشابهة لا يحسن التخدير بهذا الغاز اذا كانت العملية لسيدة في الأشهر الأولى من حملها .

التخدير الشوكي

بحسن ، قبل أن أنتهى من هذا الفصل ، أن أذكر شيئاً موجزاً عن التخدير بالحقن الشوكي بالأستوفايين . ففقد الاحساس يتضح بعد الحقن من خمس دقائق الى ربع ساعة ويظهر أولاً في العجان ثم في القدمين . ويمتد فقد الاحساس تدريجاً في الطرف السفلى عامة ، وقد يصل الى مستوى السرة أو أعلى قليلاً . ويصعبه شلل في الحركة ، وتزول الأفعال المنعكسة ، لكن المريض يشعر بإحساس اللمس الاعتيادي . وهناك أحوال يفشل فيها الحقن فلا يوصل الى الغرض المطلوب . أما اذا نجح الحقن فيبقى المريض هادئاً ساكناً ، في أثناء العملية ، وتكون عضلاته مسترخية ، ويمكنه أن يتجاذب أطراف الحديث مع جراحه ، أو يدخن لفاقة من التبغ ، أو يقرأ جريدة . وليس يحتاج الجراح الى تحديد الغذاء قبل الحقنة ، وكثيراً ما يعقبها صداع في اليوم نفسه أو في اليوم التالي ، وقد يمكث زمناً طويلاً . وقد يعقبها القيء . ولهذا الحقنة نتائج بعيدة في بعض الأحوال ، في شكل أمراض عصبية في الحبل الشوكي تحدث بعد سنة أو سنتين ، وليس يستطيع الانسان أن يتحقق من علاقتها بالحقنة

والرأى السائد الآن بشأن هذا التخدير هو أنه وان يكن من الممكن التخدير به في الأحوال المناسبة للعمليات أسفل السرة في الأحوال التي لا يستحسن تخديرها بالمخدرات العامة الا أنه لا يمكن اعتبار هذا الحقن طريقة نظامية للتخدير لأنه لا يفضل الطرق الأخرى العامة إلا بمزايا خفيفة . فالأستوفايين ليس مخدراً أكيداً دائماً ، وليست الحقنة عديمة الألم دائماً ، والنتائج القريبة ليست مرضية ؛ ولا تبقى المريض من الصدمة ولا الخوف في أثناء العملية . أما النتائج البعيدة العصبية فلم يبت فيها للآن . وبالاختصار يمكن أن يقال إن الأستوفايين يستعمل إذا كان هناك مانع من اعطاء المخدر العام بسبب آفة في القلب ، أو الرئتين ، أو الكليتين الى غير ذلك ، وبسبب وجود البوال

السكرى الشديد ، وكأن يكون الجراح بغير مساعد ، أو كأن يكون فى حاجة الى استرخاء العضلات استرخاءً تاماً .

ومن الحوادث الحادثة بعد الحقن بالأستوفايين ما يأتى :

- (١) الوفاة وأكثر ما يحدث فى المرضى المصابين بالبدانة .
 - (٢) الشلل فى الطرف السفلى ، والشلل فى المثانة والمستقيم
 - (٣) عدم الاهتداء الى باطن الاغشية الشوكية حيث يجرى سائل النخاع الشوكى إلا بعد ادخال الابرة جملة مرات
 - (٤) انكسار الابرة فى أثناء ادخالها .
- ومن الفضول أن أقول ان من الضرورى عمل جميع احتياطات الطهر والتطهير .

الفصل الرابع والثمانون

حوادث غرفة العمليات

هنالك بعض متاعب وصعوبات قد يصادفها الجراح في أثناء عمله وقد رأينا أن

نذكرها في فصل خاص لأنه لا يحسن أن تذكر في الفصول الأخرى ، وهي :

- (١) الفشل في اتقاء العفونة
- (٢) وعيوب المساعدين
- (٣) والحروق العرضية
- (٤) والظروف الغير المناسبة
- (٥) واستعمال آلات غريبة
- (٦) وعدم كفاية الضوء
- (٧) والاجسام الغريبة التي يفقدها الجراح في جسم المريض .

الفشل في اتقاء العفونة

أتدرى ما هو الفرض في الشرع ؟ هو ما ثبت بدليل مقطوع كالكتاب والسنة والاجماع . وهو على نوعين فرض عين وفرض كفاية . فرض العين ما يلزم كل واحد إقامته ولا يسقط عن البعض بإقامة البعض كالإيمان ونحوه . وفرض الكفاية ما يلزم جميع المسامحين إقامته ويسقط باقامة البعض عن الباقيين كالجهاد وصلاة الجنازة . ولئن صح أن يكون في شرع الجراحة فرائض عين وكفاية لكان فرض العين في الجراحة ما يلزم كل جراح إقامته من الوسائل الضرورية للمحافظة على طهر الجروح التي يعملها ولا تسقط هذه الوسائل عن البعض بإقامة البعض . وانه وان تكن هذه الوسائل فرض عين في الجراحة الا أننا لا نريد أن يتقبلها الجراح جامداً ويتنطح^(١) فيها بغير روية وفكر . فهذه الوسائل فرض من حيث أنها واجبة الاداء ، لكنها كسائر الوسائل الجراحية يجب ألا يعتمد عليها الجراح ، في كل حالة ، بغير سبق نظر وتخبر الملائم منها ، وبعبارة

(١) يقال تنطح في الدين اذا تعمق وغالى وتأثق فيه

أخرى يجب أن يلبس الجراح في كل حالة لبوسها . فقد رأى بعضهم جراحاً وهو يتر
الطرف لوجود جرح عفن كبير فيه . فكانت الشقوق التي عملها الجراح للبتريق قريبة
جداً من الجرح العفن مما جعل تلوثها قريباً جداً . وكان الجراح على أحسن ما يكون
استعداداً للعملية من حيث النظافة ولبس القفازات والقفوط المعقمة وما الى ذلك من
الضروريات العصرية . فلم ينقصه في عمله سوى استعمال المطهرات لانه لم يستعمل
سوى محلول الملح . كان من رأيه عدم استعمال المطهرات في الجروح . فهذا الجراح
أدّى الوسائل الضرورية في عمله أداءً جامداً بغير تصرف . فإن لستر^(١) حين بين
تأثير حامض الفينيك في الجروح العفنة بين للعالم حقيقة خالدة ؛ والحقائق الخالدة جديرة
بالنظر والاحترام

ولا تحسبن أنى أريد بذلك أن يتصرف الجراح في القواعد الأساسية فينسخها ؛ لاني
ان فعلت ذلك فقد حاولت أمراً لا يقبله العقل . وكل ما أريده هو أن يكون الجراح
في عمله ليناً مرناً يلتوى مع كل حالة ويتخير لها ما يناسبها .

يقول أحد الجراحين أنه رأى وباءً عفناً في أحد المستشفيات . وكان من هذا الوباء
مريض بالسم الدموي العفن^(١) على أثر ختان ، ومريض بالسم الدموي الصيدي^(٢)
على أثر استئصال بعض دوالي . والعملتان عملتا في يوم واحد . واتضح من المباحث ،
بعد ذلك ، أن بجهاز التعقيم عيباً لعدم ازيادة الضغط . فكان المستنبت البكتيري الموضوع
في (الغيارات) والتي وضعت في الجهاز للتعقيم بالبخار في المدة القانونية ، حياً لم يم
بالتعقيم . ولقد وضعت بيضة فجة في تضاعيف (الغيارات) فلم تجمد .

عيوب المساعدين

كلما قلت الأفراد في غرفة العمليات قلت موارد الخطأ والغلط على شرط ألا يكون
هناك نقص في المساعدة . وكثيراً ما يشعر الجراح بشيء من القلق والاضطراب اذا

Septicæmia (١) .

Pymæia. (٢)

كان عليه أن يعمل العملية بمساعدة غريب عنه غير متعود مساعدته . ألا ترى كيف يكون مركز الجراح إذا كان مساعده غير خبير فنسى إسفنجة في البطن ولم يدركها الجراح مثلاً . فالمسئولية واقعة على الجراح حتماً بغير « تضامن » المساعد معه ، والعييب لاحق ، لا شك ، بالجراح بغير أن يتحمل شيئاً منه الآخر . ويحكى أحد الجراحين أنه رأى مساعداً غريباً ينحني وينقل بيده ، وعاليها القفاز ، السطل المعد لوضع «الغيارات» الملوثة من مكانه ، وهو يساعد الجراح في عملية استئصال الزائدة الدودية . وقد رأيت مساعداً يحفف عرقه بيده ، في أثناء العملية ، ويود أن يسترسل في مساعدتي كأنه لم يأت أمراً إذًا .

وينطبق ما ذكرناه على طبيب العائلة في فصل التخدير عليه ، في هذا الفصل ، للمساعدة . فليس من مصلحة الجراح ، ولا من مصلحة المريض ، ولا من مصلحة طبيب العائلة أن يتولى الأخير مساعدة الجراح الذي أرشد هو إليه ؛ وان كان ينبغي له أن يحضر العملية وينقاضي أجراً على حضوره .

الحروق العرضية

من الحوادث الشائعة ، في غرفة العمليات ، وفي سرير المريض ، وهو لم يفق بعد من تأثير التخدير ، الحروق العرضية من وضع قوارير أو صفايح الماء الساخن بغير تحفظ واحتياط . وأكثر ما يحدث ذلك إذا اعتمد الجراح على ممرضين وممرضات ممن لم تسبق له بهم معرفة أو ممن هم مهملون في عملهم .

وقد حدث ، ذات مرة ، أن أحد جراحى مستشفى قصر العيني كان يعمل عملية أنيورزم عارضى في العنق لجندى من الجنود البريطانية ، وكنت إذ ذاك مشاهداً العملية وكان يساعد الجراح جراح عظيم من الجيش لم يحضرنى اسمه . فطلب المساعد من السستر (الممرضة) محلولاً ملحياً ساخناً لغمريده فيه ، فقدمت له محلولاً ملحياً غالباً فلم يكده يضع يده في المحلول حتى سحبهها بسرعة قائلاً بغضب « لقد طلبت محلولاً ساخناً لا محلولاً غالباً »

الظروف غير المناسبة

قد تعمل العملية في بيت المريض ، ووقتئذ يعملها الجراح قلقاً غير مرتاح ؛ ذلك لأن الظروف تكون غير مناسبة ، وهذا هو السبب الأصغر ، وأما السبب الأكبر فهو اضطرار الجراح أن ينقل جميع « مهمات العملية » الى البيت ، ولا يبعد أن ينسى بعض ما يحتاج اليه من أهم ما يحتاج اليه . ويحكى أن أحد الجراحين ذهب ، ذات مرة ، لأحد المرضى في الريف لإجراء عملية مستعجلة ، ولما وصل الى البيت وبدأ يجيز للعملية وجد أنه نسي المشرط . وفي حادثة أخرى وجد الجراح ، وهو في أثناء العملية ، أنه لم يحضر معه شيئاً من مواد الخياطة . وقد حدث لى ، ذات مرة ، وكنت قد انتقلت من قلوب لإحدى القرى البعيدة ، لإجراء عملية لمريض ، أن وجدت بعد أن وصلت الى بيته ، ان قنينة الكلوروفورم قد نضحت ، ولم يبق فيها شئ . وقد تكررت الحادثة معى ، لكننى فى الدفعة الثانية كنت حريصاً على زجاجة أخرى مغلقة . قد يلوح لك ان هذه الحوادث فظيعة لكن الظروف هى التى تستوجبها كأن يدعى الجراح ليلاً وهو مضنى من التعب طول نهاره ، أو كأن يدعى للانتقال الى قرية بطريق السكة الحديدية فلا يترك له ميعاد القطار مبلّة واسعة كما كان يحدث لى مراراً وأنا بمستشفى قلوب وبها

ولا شك ان العمليات اذا عملت فى بيوت المرضى كانت اكثر عرضة للعدوى وأقرب للتلوث منها اذا عملت فى المستشفيات ، وذلك لصعوبة الوصول الى ما ينبغى أن يصل له الجراح من وسائل الطهر والتطهير . ولا يبعد أن تصل العدوى الى الجرح بطريق أهل المريض وذويه . أضف الى ذلك كله أن الضوء قد يكون ضئيلاً ، وان وسائل الإغلاء والتسخين قد تكون غير كافية

استعمال آلات غريبة

تحدث حوادث كثيرة محزنة من استعمال الجراح بعض آلات معينة . فكثيراً ما دفع الجراح منظار الاثناء السبنى خلال المستقيم داخل التجويف البريتونى ، وكثيراً أما تلف المفتت الجدار المثانى فى أثناء تفتيت الحصاة

ويحكي أحد الجراحين ، انه شاهد ، ذات مرة ، ضيقاً مضحكاً لعدم تخلف أى ضرر للمريض منه ، ذلك أنه رأى الجراح المقيم ، فى غرفة العمليات فى حيرة وارتباك ، ووجهه مندى بالعرق ؛ لأنه أدخل العازل البولى^(١) فى المثانة ولم يتمكن من اخراجه لأنه نسى أن يرخي الحاجز المرن .

ولقد جدت ، الآن ، مناخد للعمليات ، مختلفة الأشكال ، مضاعفة التركيب . فعلى الجراح أن يعرف طريقة استعمال هذه المناخد ، لأنه اذا لم يكن بذلك خبيراً فقد يسقط المريض فى أثناء خفض رأسه بخفض الجهة الرأسية من المنضدة

ولتدفئة المريض ، وهو على منضدة العمليات ، طرق مختلفة . وكيفما كانت طريقة تدفئته فلا بد من العناية الشديدة لاتقاء حرق جسمه . فقد سمع بعضهم حادثة حرق من جهاز كهربائى مركب على المنضدة لتدفئة المريض

وينبغى للجراح أن يعنى باليدين والأصابع ، فى أثناء وضع المريض فى الوضع المنحدر الرأسى لأنها قد تشبك فى بعض أجزاء المنضدة . ويجب اتقاء أنواع الشلل التى تنشأ عن الضغط وأهم هذه الأنواع شلل العصب العضلى الحزونى مما ينشأ عن الانضغاط بحافة المنضدة . ولقد عرف بعضهم شللاً من هذا النوع مكث بضع سنين . ونوع آخر من الشلل الناشئ عن الضغط ما يحدث من تلف الضفيرة العضدية بسبب حفظ العضد مبعده ، أو مبسوطة على الرأس ومدارة الى الخارج .

وخير موضع للعضدين فى أثناء العملية هو بجانب المريض حيث يمكن تثبيت كل يد تحت الآلية التى فى ناحيتها .

عدم كفاية الضوء

إن لم تكن العملية فى غرفة العمليات التى تكون بكامل أدواتها فقد لا يجد الجراح ضوءاً كافياً وعليه عمل ما يلزم من الترتيب لاتقاء هذه المضايقة . والمعتاد ، فى غرفة العمليات فى المستشفيات عمل جهاز آخر للإضاءة به فى حالة عطل الضوء الكهربائى .

ولقد حدث لى ، ذات مرة ، وكنت أعمل عملية ليلاً فى مستشفى قايوب أن انقطع الضوء الكهربي ، وهو مستمد من وابور خاص فى سراى المغفور له محمد باشا الشواربى ولولا أنى كنت أتوقع مثل هذه المفاجأة وكنت مجهزاً بمصاييح بالغاز والكحول الاضاءة بدلاً من النور الكهربي لوقعت فى حيص بيص^(١)

الاجسام التى يفقدها الجراح فى جسم المريض

إن العثور على جفت شريان أو اسفنجة فى بطن المريض بعد فتح البطن بزمن من المسائل التى عاجلها رأى العام فى الماضى ، وقد يعالجها فى المستقبل .
ونسيان مثل هذه الأشياء لا يكون فى البطن فحسب بل قد يكون داخل الإمعاء أو فى المرارة ، أو فى الأنسجة حيث لا توجد تجاويف طبيعية مما يتضح من الحكاية الآتية . وهو انى ، وأنا بمستشفى عباس ، قد أجريت عملية لمريض مصاب بنكروز فى عظم الفخذ اليمنى . وكان التجويف المتخلف داخل العظم كبيراً . ولقد حشوته بالدهان ومكث طويلاً فى المستشفى وتحسن وخرج ليردد على العيادة الخارجية ومضى عليه زمن طويل وهو يتردد بغير أن يلتحم الجرح فأدخل المستشفى ، للدفعة الثانية ، إرادة استخراج رمة من العظم . ولما بدأت فى العملية استخرجت قطعة عفنة من الدهان من التجويف يظهر أنها مكثت طويلاً فيه . وأرجح أنها من الدهان الذى كان يحشى به الجرح فى أثناء التضמיד فى العيادة الخارجية بدليل أنه تحسن وأخرج من العيادة الداخلية وقد كنت أعالج ، حديثاً ، مريضاً أخبرنى أنه أجريت له عملية لفتق أربى فى الجهة اليمنى . فتقيح الجرح وبقي زمناً طويلاً فترك جراحه وذهب لجراح آخر فوجد فى الجرح الذى فى الصفن قطعة عفنة من الدهان يظهر أنها أغفلت زمناً طويلاً .
وإن لم تثبت أنابيب التصفية فقد تدخل الجرح أو تخرج منه . وكثيراً ما تنزلق الأنابيب فى تجويف البلورا ، فى أثناء علاج الأمبيبا بالتصفية . ويعتقد بعض المرضين والمرضات أن الأنبوبة لا بد أن تكون زالت مع « الغيار » اذا لم تظهر فى الجرح

الفصل الخامس والتمهات

نظرة عامة في منابع الأغلط الجراحية وأسبابها

يلتقى النيل الأبيض بالنيل الأزرق عند مدينة الخرطوم ثم يسير النيل الى أن يتفرع الى فرع دمياط وفرع رشيد عند القناطر الخيرية . فاذا أخذت عينة من الماء من النيل ، وهو في مجراه ، ما بين الخرطوم والقناطر الخيرية أستطيع أن تعرف من أى النياين كانت هذه العينة ؟ وكذلك منابع الأغلط الجراحية فأنت لا تستطيع أن تعرفها ، لأنها كثيراً ما تكون عن جملة أسباب لا يمكن تقسيمها تقسيماً منطقياً . ولذلك يحسن وصف هذه الأسباب بطريقة جغرافية فنكتفي بالكلام على نهر الأغلط ومنابعه ، أما الفروع الصغيرة فيترك أمرها لتصور الجراح . ولتعلم أن منابع الأغلط أربعة ، وهى الجهل ، والإهمال ، والخطأ فى الحكم ، وعيب الصنعة

الجهل

لعل أول ما يخطر بالبال ان أغلط الجراحين هى عن جهلهم . وليس هذا صحيحاً لأن اكثر الأغلط الجراحية التى تعرفها إنما تكون عن أسباب أخرى غير الجهل . ويطلق الجهل على معنيين أحدهما الجهل البسيط وهو عدم العلم فى من شأنه أن يكون عالماً ، والثانى الجهل المركب وهو عبارة عن اعتقاد جازم غير مطابق للواقع وما الجهل إلا حالة نسبية ، لأننا ونحن على ما نحن عليه من الإدراك المقيد ، فى انتظار ما يأتينا به المستقبل من المعرفة والحكمة ، لا نستطيع إلا أن يكون كل واحد منا لنفسه حداً بين المعرفة والجهل ، وفاصلاً بين النور والظلام

ولعلك لا تجد من يعتبر الأغلط الآتية فى حدود الأغلط الجائرة المباحة . وهماذ الله أن يكون من الأغلط ما هو مباح ، لكننى أقصد بالمباح ما لا يؤاخذ الجراح به . ومع ذلك فقد وقع فى هذه الأغلط أطباء لهم شهرة واسعة وصيت ذائع فى قلوبهم : ذهبت أم مع طفلياً لطبيبها وأخبرته أن لؤلؤة كاذبة دخلت فى أذن الطفل . فحاول

الطبيب استخراجها بغير مخدر فلم يفلح ، ثم حاول استخراجها بمخدر فلم يفلح أيضاً . فأرسل الطفل الى المستشفى . ولقد وصل وهو فى حالة صدمة يسيل من أذنه الدم . وبالفحص اتضح أن غشاء الطبلة ممزق كمل ممزق ، وأن ليس فى الأذن جسم غريب وبلاستفهام من الأم عن نوع اللؤلؤ أحضرت الى المستشفى صندوقاً فيه خرزات من اللؤلؤ الكاذب الصغير جداً ليس فيه لؤلؤة تسكن الصماخ الأذنى

أرسلت سيدة للمستشفى ومعها خطاب من طبيبها جاء فيه أنها « مصابة باحتباس بولى لعله ناشئ عن ضخامة البروستاتة » وعلى كل حال « فليس فى مجرى البول ضيق اعتيادى » . لأن إحدى الممرضات قد استخراجت البول بقسطرة مرنة . ثم ذكر أيضاً « ان السيدة قد استوصل منها رحمة سابقاً »

أتدرى بم كانت مصابة هذه السيدة ؟ إنها كانت مصابة بميل الرحم المثقل بالجنين الى الخلف^(١)

ترى أهذا هو الطبيب الجاهل الذى قال فيه بعض الشعراء
قال حمار الطبيب توما لو أنصفوني ليكنت أركب
لأننى جاهل بسيط وراكبي جاهل مركب
ولو أن هذا الشاعر شاعر بما يقاسيه الجراح من الصعوبات ، و بما يلاقيه من المتاعب
لكان أكثر أدباً فى وصفه ، وكنت أنا أكثر أدباً فى النقل عنه .

للجهل الجراحي ، يا سيدى ، ثلاثة أنواع :

(١) نقص التربية المدرسية الطبية ، ولا سيما ذلك فى التشريح والفيولوجيا

(٢) اهمال الدرس والمذاكرة بعد المدرسة

(٣) قلة الخبرة

وقلما يستطيع أن يصلح نفسه ناقص التربية المدرسية الطبية اذا خاض غمرات الحياة الفنية ، فقلما تسنح له فرص الاستفادة بينما تملو قشوره السطحية ذرأة المشيب . وكيف يستطيع أن يبني لنفسه صرحاً من التجارب والمعرفة ، والاساس فاسد . ربما كان هذا

الطبيب لا تعوزه البراعة في جمع المال . فالطبيب عالم بعلم الطب أكثر منه بعلم النفس ،
والممارس عالم بعلم النفس أكثر منه بعلم الطب
وأما اهمال الدرس والمذاكرة بعد المدرسة ففرض كثير الانتشار . فان لم يكن
الجراح مدفوعاً بميله الطبيعي للاستزادة ، مسوقاً بغيريزته للتبحر في فنه فقلما يجرى والزمن
في الفن . ومن الأسف أن أقول إن الجمهور ضعيف الفراسة قليل التمييز يجرى وراء من
يستهوويه و يستميله ولذلك تجد بين الذين لهم شهرة عظيمة في أعمالهم من يصح أن يقال
عنه إن من قدرة الله سبحانه وتعالى أن تكون له هذه الشهرة .

أما قلة الخبرة فليس يفيدها أن يمر على الجراح الوقت . بل لا بد من الاستفادة من
الفرص واغتنامها ولعل ذلك من الصعوبات التي يصادفها كل جراح صغير ، ففي أول
حياته وعنفوان شبابه إذ تكون قوته على أتمها ، ويده لينة مرنة تتقبل الدقة التي تتطلبها
الجراحة بأقرب ما يمكن ، ففي هذا الوقت لا تسنح له الفرص التي يفوز بها والتجارب
التي تعلمه . فانت ، لا شك ، تعلم أن الأسرة في المستشفيات ليست إلا للرجال الذين
لا تنفعهم التجارب الا قليلاً

ولا يمكن التغلب على ذلك بالدروس العادية ؛ لأن المواد التي تظهر في الصحف
الدورية مصبوغة بصبغة الاعلان غالباً ، وتتضمن العيوب الداخلية لمقال سابق . وليس
فيها ما يستحق العناية الا جداول النتائج التي تنشر مستقلة غير متأثرة بالجراح الذي
أجرى العمليات

ومن العيوب فيما ينشر في الصحف الجراحية انها تقتصر ، غالباً لا دائماً على المشاهدات
الغريبة أو المشاهدات النادرة ، أو انتصارات جراحية كما يرويها المنتصرون أنفسهم
ولكن هي النفس البشرية لا تتقبل النقد العاقل على غير ما هي الحال إذ تميل الى
الثناء المتواصل

فقولك إن الجراح الشهير قد أجرى عملية استئصال عقدة كاسير لنيورالجيا
العصب التوهمي الثلاثي لحسين مريضاً ، ولم يمت منهم الا اثنان ، لا يصح أن يجعل

الجراح الصغير الذى لم تكن له خبرة سابقة أن يعتمد على نفسه ويثق بذاته . لأنه إن فعل فأكبر الظن أنه سيقنل المريض ، أو على الأقل لا يستطيع استئصال العقدة أو الجزء المراد استئصاله ، أو يتلف جزءاً من المخ ، أو يحدث انيورزماً داخل الجمجمة أو أى مضاعفة أخرى مما قد تصاحب هذه العملية الصعبة

الحق صعب المنال . فليس يكفي ، أيها المبتدىء ، فى الجراحة ، أن ترى الجراح الماهر الحاذق ، وهو يعمل ؛ فروؤيتك إياه ، كمعرفتك بالجراحة النظرية ، لا توصلك إلا إلى منتصف الطريق . نعم ليس يكفي أن تعرف ما يجب أن يعمل ، وكيف يعمل ، بل يجب أن تعرف ما يجب ألا يعمل ، وكيف يتق . وكثيراً ما يستفيد الانسان من الجراح الأخرق وهو يعمل ، ولو كان فى ذلك على النفس غضاضة ، ولم أذهب بك بعيداً وفى يمين أبقراط ما معناه إن الطبيب لا يشق على الحصاة بل يرسل المريض لمن عماله الشق عليها

وسواء أتقدمت الانسانية أم لا ، وسواء أكان تقدمها لمطمح معين ولغرض خاص أم لا ، فالجراحة سائرة سيراً حديثاً بغير تمهل أو إبطاء ، فما كان من الفن « مودة » فى العام الماضى ، هو أثرى فى هذا العام ، وقد يكون خطأً فاحشاً فى المستقبل القريب خذ لذلك مثلاً طريقة حشو الجرح العفن بالدمام ؛ ألم تكن هذه الطريقة متبعة بصفة نظامية ، منذ قليل ؟ ألم يلقنها مدرسو الجراحة للطلبة من منصة التدريس بأعلى أصواتهم ؟ اليس الآن هذه الطريقة أثرية قديمة ؛ لأن ما كان يرمى إليه الجراح من الحشو بالدمام من التصفية والالتحام من أسفل الجرح ، انما يتم الآن ، بطرق أقل وحشية ، واكمل تأثيراً . ولكنك ، مع ذلك ، قد تشاهد الآن ، من الجراحين من لا يزال يستعمل هذه الطريقة بالرغم من أنها عاتقة للتصفية لا ميسرة لها ، ومن أنها تحدث للمريض ألماً عظيماً

أليس التعليم إذا لم يكن صحيحاً نصيب من المسؤولية فى أكثر الأغلاط التى منبعها الجهل . وفيما ذكرنا فى فصل البتر كفاية من التوضيحات . وربما كان من الصعب التغلب على العيب الأصلي . ولا حيلة للجراح للتغلب عليه الا بالتفكر والملاحظة ، ومناقشة ما

يتلقاه من القواعد والمبادئ ، و بعدم قبوله كل ما يقال قضية مسلمة . وما أحسن ما كان يقوله الاستاذ لو كود (١) « لا يدخل الانسان معبد العلم الا من باب الشك » وما أقرب هذا القول إلى المأثور عن المغفور له الاستاذ الامام الشيخ محمد عبده « إن الشك أول درجات اليقين » .

ولست أرانى بحاجة الى التطويل فيما يعرض أحياناً من القشل في عدم معرفة الأمراض النادرة أو الأمراض الحديثة . فكل واحد منا لا بد أن وقع في تشخيص النادر من الأمراض . وقد يصطاده غيره في غلظه ، كأن يحضر إليك ، في عيادتك ، مريض بلغ من السن عتياً يشكو من آلام في البطن ، و بالفحص عنه تجد ورماً قاسياً معقداً في الحفرة الحرقفية اليمنى . فتبدى له رأيك في مرضه قائلاً له إنه سرطان في المعى الغليظ ، ولكونه مرتبكاً في الأنسجة المجاورة ملتصقاً بها غير متحرك ، فالانذار غير حميد . وقد يستسلم المريض للمقادير فيترك بلده لبلد آخر ، أو يذله آخر على جراح غيرك من منافسيك . فيذهب اليه وقد ينفق أن يظهر ناصور متصل بالورم . فيرسل الجراح الجديد عينة من الافراز للفحص عنها فتأتيه النتيجة من الباثولوجي أن الافراز يحتوي على الفطر الشعاعي ، وأن المرض مرض الفطر الشعاعي . ليست هذه ضربة قاضية على شهرة الجراح الأول ، ولا سيما ذلك اذا كان المريض حاد السنان

وقلما نستطيع الهروب من هذه الحوادث مهما حاولنا . ولا يقال حدوثها الا التيقظ لها . فعلياً أن نعالج عقولنا كما يعالج الخيال جواده وهو على ظهوره فانه يكون دائماً متيقظاً لكبح جماحه ولاهدائه الطريق

قدر لرجلك قبل الخطو موضعها فمن علا زلقا عن غرة زلجا
وقنئذ لا يتكأد (١) الجراح المرض الحديث الذي لم يوصف تماماً ويشرح
شرحاً وافياً

Mr. C. B. Lockwood. (١)

(١) يقال تكأدنى الامر وتكأدنى تكأوداً اذا شق على

الاهمال

يجرى القول المأثور « قد يخطئ الطبيب عن الجهل دفعة ، لكنه يخطئ عن الاهمال عشر دفعات » ولعل اكبر أنواع الاهمال عدم استجماع الشواهد كلها . فكثيراً ما يرتكن الطبيب على تشخيص المالماريا من وجود الحمى وتاريخ الإقامة في البلاد الحارة أو الحمى والقشعريرة ، مهملًا الفحص الاكلينيكي والباثولوجي الذي يتحقق به التشخيص وتخرج به الأمراض الأخرى كالتدرن مثلاً . ولعل من اكبر أسباب نكبات الجراحة وحوادثها هو النفور من التعاون بالطبيب ، والباثولوجي ، والخبير بالأشعة ، والمتوفر على أمراض الحلق والأذن ، وغير ذلك . فيجب أن يستعين الجراح بكل هؤلاء اذا ما أعياه الفحص عن المرض ولم يهتد إليه

كثيراً ما يكون عدم التعاون سبباً في بقاء الشواهد النافعة سراً مكتوماً على الجراح فيضيق مجال فحصه عن المريض . فتراه يفتح بطن المريض الذي يشكو من ألم حاد فيه فلا يجد سبباً للألم في عامة التجويف البريتوني ولا يبعد أن يتضح سبب الألم في المشرحة ، بعد حين ، بوجود امبايما في الصدر . وقد يحدث أن يشكو المريض من ورم في إحدى ركبتيه ، فيهمل الجراح مقابلة الركبتين معاً ، فيتخطى بذلك آفة في الركبة الأخرى . ومثل هذا الاختصار في الفحص عن المريض كثير متواتر ، يدعو إليه أحياناً عطف الطبيب أو الجراح على المريض لما يراه من الألم الذي هو فيه . ويدعو إليه أحياناً أخرى تلك السرعة التي يتعودها الجراح العيار^(١) ، لأن المريض كثيراً ما يروقه التشخيص السريع يقوله الجراح بغير تردد ولا تواضع ، وكثيراً ما يعتمد مثل هذا الجراح على ما لسرعة البت في التشخيص في التأثير في المريض وحصر ثقته فيه . والأغلب أن يوضع مثل هذا الاختصار تحت باب الاهمال

وقد يكون التردد موبقاً كأن يكون المريض قد تضعف لعملية فيما مضى ، وكأن يريد الجراح الوقوف على المرض الذي من أجله عملت العملية ، ونوع العملية .

(١) العيار من الرجال الذي يخلى نفسه وهوها لا يروعها ولا يجرها والمدعي بما ليس فيه

فان رأى الجراح أن فى التأخير شيئاً من الخطر فليتكلم على الله فيما هو فاعل ، الأ
أن تكون الحالة غير شديدة الخطورة فيحسن ارجاء عمله حتى يطلع على ما يريد
الاطلاع عليه

يحكى أن صبية كانت مصابة بالتهاب فى الأذن المتوسطة ، وأجريت لها عملية ،
فى أثناءها وجد أن عندها خراجاً تحت الأم الجافة ، فاستؤصل جزء من الجدار العظمى
للحفرة المتوسطة فى الجمجمة لازالة العظم المثوف ولتسهيل التصفية . وبعد بضعة
أسابيع رأى الصبية جراح آخر لأنها كانت تشكو من دوار . فعمد الجراح الأخير بغير
أن يطلع على تفاصيل العملية السابقة ، الى تحذير المريضة ، وفتح الجرح الذى كان
خلف الأذن ، ثانياً ، وبدأ يكحت الأضرار اللحمية بالسفنجة موضوعة على جفت
شريانى ، وفيما هو يفعل ذلك غاصت الاسفنجة مع الجفت فجأة خلال الأم الجافة
غائرة فى المخ . فهل كانت تستوجب الحالة هذه السرعة الموبقة ؟ يقيناً إنها لا تستوجب
هذه السرعة ولو اطلع على تفاصيل العملية السابقة لدرأ هذا الخطر الداهم

وعلىّ فى الوقت نفسه ، أن أنبه الى ضرر طول التردد والانصراف الى جمع
الشواهد والتفاصيل مما يصعب النظر فيها عامة واستخلاص رأى منها . وفى ذلك
يجرى المثل الصينى الذى معناه من تردد كثيراً فى الخطو قد يبقى طول حياته على ساق
واحدة . وهذا المثل منطبق على المسائل الجراحية انطباقه على سائر الأشياء

ومن أسباب عدم جمع الشواهد جمعاً تاماً عدم دقة الجراح نفسه ، أو دقة المريض
أو دقة الممرضة .

ولا تعتمد الاعتماد كله على أقوال المريض ان لم تؤيد بالعلامات ، وقلمما يكون
العلاج المبني على أقواله فقط مأمون العواقب . وخير مثال لذلك مريضة كانت تشكو
من القيء الدموى ، فلما أدخلت المستشفى اتضح انها هى التى تحدث القيء بنفسها بادخال
أصبعها فى البلعوم ، أما الدم فكان من اللثة

أما تلقى الأخبار الكاذبة من الزميل فمن أفضح العقبات . على أن بعضهم ، بالرغم من طول

خبرتهم الصناعية لا يعرفون الدقة مطاقاً. ويحكى أحد الجراحين أنه وهو في استشارة مع أحد الأطباء قال له طبيب العائلة « ان البول مشبع بالصدديد » و بالفحص عنه اتضح أنه لا يحتوي على صديد، وان الذى فيه هو رواسب فوسفاتية حسبها الطبيب خطأ صديداً. فلما قال ذلك الجراح نظر اليه الطبيب شزراً وصاح فى وجهه قائلاً : « لم يكن عندنا وقت للفحص عن البول ، لم يكن عندنا وقت » وقوله صحيح على ما يظهر .

أغلاط الحكم

لم نخطئ فى الحكم؟ نخطئ لسببين ، وهما قلة الخبرة وقلة المعرفة . لكن الخطأ عن هذين السببين أقل شيوعاً عنه من الأسباب الأخرى الآتية .
التعب - فالتعب من ألد أعداء الكمال . ومن تأثيره كثيراً ما تحدث منا أغلاط مضحكة بغير أن ندركها . من ذلك ما يحكى أن أحد المولدين قد دعي لاسعاف سيدة جاءها المخاض ، وكان المولد مضمي من التعب والإعياء ، والوالدة فى عسر . فوضع الجفت عليه سافله وسافله عليه . ولا يعلم الا الله ماذا كانت النتيجة لولم يكن الرأس قريباً من الخارج . ومن ذلك ما حكاه لى أحد اصدقائى وهو انه دعى ، ذات مرة ، لصديق له وكان تعباً جداً ، فلم يستطع أن يعتذر ولم يستطع العمل . فذهب اليه أخيراً ووصف له برشانا فى كل برشانة نصف جرام من سلفات الصودا . وكان يريد أن يصف له نصف جرام من سلفات الكينين فى البرشانة .

فحكم التعب حكم لا قيمة له يجب استئنافه

التحيز - من العقبات فى طريق صواب التمييز ومن الصعب التغلب عليها . وللتحيز أسباب كثيرة كالحوف ، أو الرعب ، أو الآراء السابقة ، أو المبادئ التى نحن عليها ونعتبرها حقائق ، والعناد بالاعتراف بالخطأ ، والأمل بالمكافأة الى غير ذلك . وكل منا لا بد أن يعرف الشخص العصبي الذى من خوفه كثيراً من الاتجاه الى اليسار يتجه كثيراً الى اليمين

ومن الأنواع الخطرة للتحيز تركيز الفكر . فإذا حصر الانسان نظره في أمر واحد تبهم الميدان البصرى حوله فلا تبدو له سائر الخواص التى تبدو لغيره اذا لم يكن عاكفاً على شىء واحد كما فى الحكاية الآتية :

يحكى أن رجلاً سقط فأنكسرت ساقه اليمنى . فأرسل الى المستشفى حيث عمل له الرد بعد التخدير . وفى اليوم التالى شكى من ألم عظيم فى البطن ، واعتراه القيء ، وكانت فى الجهة الحرقمية اليمنى من البطن مضاضة . ولسوء الحظ كان الجراح منصرفاً بكل همته الى الكسر فلم يعبأ بكل أعراض البطن . فمات المصاب من الالتهاب البريتونى على أثر التهاب الزائدة .

ولا يكون الخطأ من تركيز الفكر أو حصر النظر فى أمر واحد فى المرضى المصابين بإصابتين مختلفتين فقط ، بل قد يحدث هذا الخطأ فى المريض المصاب بمرض واحد اذا ركز الجراح فكره أو حصر نظره فى عرض واحد أو علامة من علامات المرض فانصرف إليها بكل همته غير مكترث للأعراض والعلامات الأخرى . من ذلك ما يروى عن أحد الجراحين وقد زار إحدى غرف العمليات وكانت تعمل فيها وقتئذ عملية الوصل المعدى المعوى . وكان المريض شيخاً كبيراً ، هزيلاً ، شاحب اللون ، تدل الشرايين الصدغية على أنه مصاب بصلاية فى الشرايين . ولما فتح البطن لم يجد الجراح شيئاً فى المعدة . ولقد كان ما عنده من القيء ، والمضاضة فى القسم المعدى ، وعسر الهضم من أعراض السم البولى الذى غفل عنه الجراح لانحصار فكره فى الأعراض المعدية الجبن - من الصفات الضرورية للجراح الاقدام ، والعزم ، والجرأة ، مما يسهل له إبداء رأى ووصف خطة العلاج بغير تردد . وكثيراً ما يشق على المريض وذويه قول الجراح لهم « لننتظر ونر » وهو ما يقوله لهم وقد أعوزته الجرأة على البت فى التشخيص بتأ صواباً يضمن نجاحه . فإذا جاءك مريض بألم فى البطن مما قد يكون تافهاً أو خطيراً وجب عليك أن تضع مريضك هذا بغير تردد فى وسط يسهل عليك مراقبته مراقبة جيدة ويمكنك من إجراء العملية لو دعت الضرورة إليها ، كأن ترسله الى أحد المستشفيات أو الى إحدى دور الصحة . لكن عمالك هذا يستوجب مضايقة عظيمة

وتعباً شديداً للمريض وذويه . أضف الى ذلك أن الجراح اذا أرسل المريض الى المستشفى ، ولم يتضح عنده ما يستوجب ارساله اليه فقد يضحك عليه زملاؤه في المستشفى ويسخرون منه . وهذا ما يدعو الجراح الى عدم تحمل هذه المسؤولية مضحياً بمصلحة المريض ومفضلاً طريقة الانتظار

عيب الصنعة

من عيوب الصنعة استعمال آلات غريبة أو آلات غير مناسبة . وقد مر بك خطر استعمال منظار الاثناء السيني ، والمفتت ، وضيق الجراح المقيم الذي استعمل العازل البولي ولم يستطع اخراجه من المثانة لسيانته ارخاء الحاجز . ومن العيوب أيضاً استعمال آلة بازلة دقيقة للاستقصاء عن الصديد في الكبد ، والامبايما ، والانسكاب الصيدي في التأمور فلا يمر الصديد فيها . ومن العيوب أيضاً عدم رشاقة يد الجراح ودقتها وخفتها . وهذه كلها تكسب بالخبرة وان اختلف القوم استعداداً لها . وكثيراً ما يكون هدوء الجراح وسكونه وسعة مخه أنفع له من ثبات اليد ومهارتها . ومن العيوب السرعة في العمليات سرعة تعرض للخطر والمضاعفات ، وعدم القدرة على مواجهة ما يطرأ من الحوادث في أثناء العملية وعدم القدرة على اجراء العمليات مع احترام الأنسجة التشريحية

﴿ انتهى ﴾